ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **818**

Semana epidemiológica 28
AÑO 2026
Desde 12/07 al 18/07
Fecha de publicación
27/07/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

Todos los apartados de este boletín fueron elaborados por el personal de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con otras áreas, direcciones, instituciones o servicios que se especifican a continuación, de acuerdo al informe:

Dengue y otras arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
Del ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).
El Servicio Meteorológico Nacional.

Infecciones respiratorias
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Del ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Servicio de Virosis Respiratorias, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Baldani Andrea, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe , Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: Cecilia González Lebrero, Julián Antman.

Agradecimientos

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS[2.0].

Imagen de tapa

Las intoxicaciones con monóxido de carbono son más frecuentes en épocas frías, porque aumenta el uso de todo tipo de calefactores y porque suelen cerrarse las puertas y ventanas impidiendo la llegada de aire fresco y la salida de los gases tóxicos que se acumulan en el interior de las viviendas. Imagen ilustrativa libre de derecho.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°818, SE 28.

I. Editorial del BEN 811

A casi cuatro meses del último editorial del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN), esta nueva edición nos encuentra sosteniendo y profundizando un proceso de trabajo que ya forma parte de la dinámica cotidiana de la vigilancia en salud. Cada semana, el BEN continúa afirmándose como un espacio de integración entre el análisis técnico, la gestión de la información, la comunicación sanitaria y la toma de decisiones, con el propósito de transformar los datos producidos por el sistema de vigilancia en información oportuna, accesible y útil para los distintos niveles del sistema de salud.

Desde el inicio del año y hasta la Semana Epidemiológica 20, se publicaron 104 informes en el BEN, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados, con 54 informes; Situaciones Emergentes, con 19; Actualizaciones Periódicas de Eventos, con 27; e Informes Especiales, con 4. Este volumen de producción expresa la continuidad de un trabajo sostenido de seguimiento, análisis y comunicación de eventos de importancia para la salud pública. Al mismo tiempo, permite dimensionar el crecimiento y sostenibilidad del boletín como herramienta de vigilancia: para el mismo período de 2025 se habían publicado 103 informes, mientras que en 2024 se habían totalizado 70. Esta comparación muestra no solo un incremento cuantitativo, sino también una mayor capacidad de ordenar, actualizar y poner en circulación información epidemiológica relevante de manera sistemática.

El BEN es, en este sentido, mucho más que una publicación semanal. Es una forma de trabajo colectivo que expresa el esfuerzo de múltiples equipos por producir información de calidad, revisarla, interpretarla y ponerla al servicio de la acción sanitaria. Cada informe publicado supone procesos de análisis, validación y comunicación que articulan distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación, las jurisdicciones, los laboratorios, los programas nacionales y los equipos técnicos involucrados, en un intercambio permanente que fortalece al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Aprovechamos esta edición para reconocer y valorar ese trabajo sostenido. Mantener la publicación regular del BEN implica sostener una práctica institucional que requiere continuidad, coordinación y compromiso. También implica reafirmar que la vigilancia no se agota en la notificación ni en la producción de datos, sino que se completa cuando esa información puede ser leída, compartida, discutida y utilizada para orientar decisiones.

Con la convicción de seguir construyendo un boletín cada vez más pertinente, claro y útil para los equipos de salud de todo el país, renovamos el compromiso de continuar fortaleciendo este espacio común. El desafío sigue siendo el mismo: producir información epidemiológica oportuna, favorecer una lectura federal de los problemas de salud y acompañar, desde la vigilancia, las acciones necesarias para proteger y mejorar la salud de la población.



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



Mg. Julián Antman
Coordinador del Área de Vigilancia de la Salud

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional N.° 818 presenta la actualización de la situación epidemiológica de los principales eventos bajo vigilancia en el país, junto con información regional e internacional de relevancia para la salud pública.

En primer lugar, se incluye la actualización de la tabla de eventos de notificación obligatoria seleccionados y de eventos priorizados. Esta herramienta permite visualizar el comportamiento reciente de los eventos, comparar las notificaciones registradas entre 2022 y 2026 e identificar situaciones que requieren seguimiento, profundización del análisis o fortalecimiento de las acciones de vigilancia.

Entre los eventos priorizados, se presenta la situación de las infecciones respiratorias agudas, con información regional y nacional sobre influenza, virus sincicial respiratorio y SARS-CoV-2. Se actualizan los datos provenientes de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza y de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave. Además, se incorpora la caracterización genómica de los virus influenza A(H3N2) identificados durante 2025 y 2026 y se recuerdan las principales recomendaciones para los equipos de salud y la población, incluyendo vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

También se actualiza la vigilancia de dengue y otros arbovirus. El apartado presenta la situación regional, los escenarios epidemiológicos estimados para la temporada 2025-2026 y la distribución de los casos de dengue en Argentina. Se incluye además información sobre fiebre chikungunya, encefalitis arbovirales y otros arbovirus bajo vigilancia.

En la sección de actualizaciones periódicas, se presenta un nuevo informe sobre intoxicación por monóxido de carbono. Se describe la situación epidemiológica registrada durante 2026, las principales fuentes probables de exposición y las medidas recomendadas para la prevención, la atención de casos, el abordaje de contactos y la vigilancia de brotes.

En alertas y comunicaciones internacionales, se actualiza la situación regional de sarampión, con información de Canadá, Estados Unidos, México y Perú. Asimismo, se presenta una comunicación sobre enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda.

La sección de destacados jurisdiccionales recupera información publicada por los boletines epidemiológicos de Buenos Aires, Salta, Santa Fe y Tucumán sobre triquinosis, chikungunya, infecciones respiratorias agudas y neumonía, respectivamente.

Finalmente, en herramientas para la vigilancia, se presenta el listado de modificaciones realizadas en las codificaciones auxiliares del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Contenido

I. Editorial del BEN 811 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Actualización de la tabla de eventos priorizados **10**
III.1. Fundamentación 10
III.1. Metodología de análisis 10
III.1.A. Sobre la construcción de la tabla 10
III.1.B. Clasificación de la situación epidemiológica 10
III.1.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 11
III.1.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 11
III.2. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 11

EVENTOS PRIORIZADOS **13**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **14**
IV.1. Nota Metodológica 14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 18
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 21
IV.5.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(h3n2) 2025-2026 21
IV.5.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 26/2026. 22
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 25
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 26
IV.7. Vigilancia epidemiológica 26
IV.8. Recomendaciones para la población 28
IV.9. Vacunación antigripal 28
IV.10. Tratamiento antiviral 29
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **31**
V.1. Situación regional 31
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 32
V.2.A. Nota metodológica 32
V.3. Situación de dengue en Argentina 34
V.3.A. Temporada 2025/2026 34
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 35
V.3.C. Casos Probables 35
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue 36
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 36
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 38
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 41
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 41
V.5.A. Encefalitis arbovirales 41
V.5.B. Otros arbovirus 43

ACTUALIZACIONES PERIÓDICAS **46**
VI. Intoxicación por Monóxido de Carbono - Actualización Informe epidemiológico **47**
VI.1. Introducción 47
VI.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina 47
VI.2.A. Nota metodológica 47
VI.2.B. Situación Epidemiológica Actual (2026) 48
VI.3. Recomendaciones para el equipo de salud 55
VI.3.A. Fuentes probables de Intoxicación/Exposición 55
VI.3.B. Medidas preventivas 55
VI.3.C. Medidas ante casos y contactos 56
VI.4. Vigilancia epidemiológica 56
VI.4.A. Definiciones de caso 56

VI.4.B. Definiciones de brote 57

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 58
VII. Introducción 59
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 59
VII.1.A. Canadá 59
VII.1.B. Estados Unidos de América 60
VII.1.C. México3F 61
VII.1.D. perú3F 61
VII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda 63

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 68
VIII. Boletines Jurisdiccionales 69
VIII.1. Buenos Aires: Triquinosis 69
VIII.2. Salta: Chikungunya 70
VIII.3. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 71
VIII.4. Tucumán: Neumonía 72

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 73
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 74

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

III.1. Fundamentación

El análisis sistemático y oportuno de los eventos de notificación obligatoria constituye una herramienta central para la vigilancia epidemiológica y la detección temprana de cambios en los patrones de ocurrencia de enfermedades y otros eventos de interés sanitario.

Adicionalmente, las tablas del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) han presentado hasta el momento principalmente comparaciones con períodos históricos. Si bien estos indicadores resultan fundamentales para describir la magnitud y contextualizar la situación epidemiológica de los eventos, su interpretación puede complementarse con una mirada orientada a detectar variaciones recientes en la tendencia.

En este sentido, la incorporación de una clasificación de la situación epidemiológica en las últimas semanas permite aportar una lectura más dinámica y operativa del comportamiento de los eventos, favoreciendo la identificación temprana de cambios relevantes, como aumentos recientes, intensificación de la transmisión o situaciones de brote. Esta actualización busca fortalecer la capacidad del BEN para sensibilizar a los equipos de salud y vigilancia frente a variaciones concretas, contribuyendo a una respuesta más oportuna.

III.1. Metodología de análisis

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA TABLA

La tabla se construye a partir de las notificaciones de diferentes eventos seleccionados y sus estrategias particulares en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

1. **Mediana histórica:** mediana de casos acumulados para el mismo período en los años previos (2022–2025), utilizada como referencia para el análisis comparativo.
2. **Acumulado anual:** número de casos notificados en el año en curso hasta la semana epidemiológica analizada.
3. Situación en el **año en curso**: comparación del acumulado del año actual respecto de la mediana histórica para el mismo período.
4. Situación en las **últimas 4 semanas epidemiológicas**: se analiza la ocurrencia reciente del evento considerando el número de casos notificados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas, comparado con el comportamiento esperado según la serie histórica para esas mismas semanas. **Se consideran las 4 semanas previas a la actual, contando 2 SE hacia atrás**. Por ejemplo, si se presenta la SE 10, las 4 semanas analizadas son la 5, 6, 7 y 8.

III.1.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Con el objetivo de facilitar una interpretación ágil de la información, la tabla incorpora una codificación por colores que permite identificar de manera inmediata la situación epidemiológica de cada evento, junto con la clasificación cualitativa.

La clasificación de la situación epidemiológica se realiza a partir de la variación porcentual observada respecto del valor esperado (mediana histórica -ya sea del acumulado o de las 4 SE ya citadas-) y presenta la siguiente interpretación cualitativa y cromática.

• Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.

• En aumento: incremento entre 20% y 40%.

• Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.

• Por debajo de lo esperado: disminución mayor al 20% respecto del valor esperado.

• En baja magnitud: menos de 30 casos en el acumulado del año en curso.

III.1.C. VISUALIZACIÓN DE LOS CASOS SEGÚN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2022-2026

La tabla incluye gráficos de la serie temporal de cada evento (excepto aquellos de "baja magnitud") por semana epidemiológica, desde la SE 1 de 2022 hasta la semana actual menos cinco semanas. Este recorte temporal se adopta con el fin de contemplar el retraso en la notificación y evitar la interpretación de datos aún incompletos en las semanas más recientes.

A su vez, los minigráficos se presentan con una media móvil de 8 semanas epidemiológicas, con el propósito de suavizar las variaciones semanales asociadas a la heterogeneidad de la notificación. Este procedimiento permite reducir las oscilaciones de corto plazo (en forma de “ruido” o “serrucho”) y mejorar la visualización de la tendencia general y de los patrones estacionales de cada evento.

III.1.D. NOTAS GENERALES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS

Cada uno de los eventos contempla sus definiciones de caso específicas y se presentan en la tabla aquellos casos clasificados como confirmados. Como siempre se aclara en cada una de las presentaciones de datos de vigilancia, los mismos son parciales y sujetos a modificación.

Para el grupo de eventos “lesiones”, donde se exponen los intentos de suicidio con y sin resultado mortal, se toman en cuenta para la mediana y para las tendencias, solo los años 2024 y 2025. En el 2022 estos eventos no se habían implementado y el 2023 su implementación aún era muy parcial.

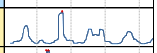
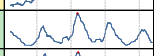
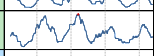
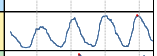
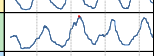
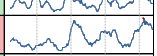
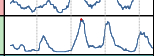
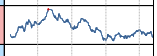
III.2. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

La incorporación de este enfoque permite fortalecer la vigilancia basada en tendencias recientes, facilitar la detección temprana de brotes o cambios en la tendencia, sensibilizar a los equipos de salud frente a eventos emergentes o en aumento, orientar la sospecha clínica y las acciones de prevención y control, y mejorar la comunicación epidemiológica hacia los equipos asistenciales.

De esta manera, la nueva tabla de eventos del BEN se constituye en una herramienta de análisis rápido y alerta temprana que complementa los análisis epidemiológicos tradicionales.

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 28 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE28	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	109	331	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	3	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	420	435	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	91	205	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	78	90	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7671	11150	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	226	173	Por debajo de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	101	96	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3154	3820	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yararâ)	429	536	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	27	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	61	84	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hantavirosis	36	52	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Leptospirosis	95	175	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	71	75	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE28**	**En lo que va del año, el evento se encuentra...**	**En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...**	**Tendencia 2022-2026**
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	22	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	455	495	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	834	679	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	4726	6037	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	25	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	33	54	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B	311	352	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis C	617	716	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	2	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	14716	26873	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	15	15	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	757	744	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	10	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	7	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	18	33	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	5	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	4010	6813	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	201	282	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	47	13	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	5605	6808	En aumento	Por encima de lo esp.	

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) –UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG-**.

En relación con el parámetro temporal, la fecha de corte del análisis corresponde a la semana de elaboración del BEN para los eventos de notificación nominal y una semana previa para aquellos de notificación agrupada.

IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[1]

En la semana epidemiológica 26 la actividad de influenza en la Región de las Américas se mantiene estable. En América del Norte se observa una tendencia descendente, con niveles bajos de circulación. El Caribe y Centroamérica mantienen una actividad baja, con un porcentaje de positividad del 5,5% y 9,4% respectivamente, mientras que la Región Andina presenta un ligero ascenso, con una positividad del 7,5%. En contraste, en Brasil y el Cono Sur se registra un incremento sostenido de la actividad, con un porcentaje de positividad del 16,3% en la SE26. A nivel regional, influenza A sigue siendo el virus predominante representando el 57,1% entre las muestras subtipificadas, influenza A(H3N2) representa el 20,6%. En América del Norte y el Caribe predomina la detección de influenza tipo B. El VSR muestra una tendencia ascendente principalmente en Centroamérica y Brasil y el Cono Sur. Por su parte, la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos en la mayoría de las subregiones a excepción del Caribe donde alcanza un porcentaje de positividad del 10,6% para la última semana epidemiológica. Las hospitalizaciones por IRAG muestran una tendencia descendente mientras que las consultas por ETI muestran una tendencia al ascenso en el Caribe, principalmente relacionadas con la circulación de SARS CoV-2.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentan un ascenso desde la SE 9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con un descenso posterior. Los casos de neumonía se encuentran en aumento desde la SE8, permaneciendo en valores de alerta desde la SE15 hasta la SE22. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados, con tendencia ascendente desde SE15.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observó a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con un mayor número en las SE22 y 24. En la SE28, se registró un 37,0% de positividad. En relación con SARS-CoV-2, en lo que va de 2026 los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones de 25 casos positivos identificados en las últimas 4 semanas de 2026.

[1] Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las primeras 28 semanas epidemiológicas de 2026 se registraron 4.087 internaciones. A partir de la SE11 se observó una tendencia ascendente, en coincidencia temporal, primero con el aumento de los casos positivos de influenza A(H3N2) y, posteriormente, de VSR. El mayor número de internaciones se observó en la SE25. En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un predominio de detecciones de VSR, con 151 casos positivos entre los 775 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por influenza (n=122) y SARS-CoV-2 (n=1). Además, se notificaron 8 codetecciones de influenza y VSR y 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de la SE 10 se registró un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predominó A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de VSR experimentan un aumento desde la SE 13. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior, continuando en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE24/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

Entre las personas internadas, predominan las detecciones de influenza, con un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 12. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento progresivo a partir de la SE 13. En la presente semana se registró 1 fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 121 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

IV.4.Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[2]

Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): *infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.*

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos, sin casos positivos en la última semana analizada, entre las 66 muestras procesadas.

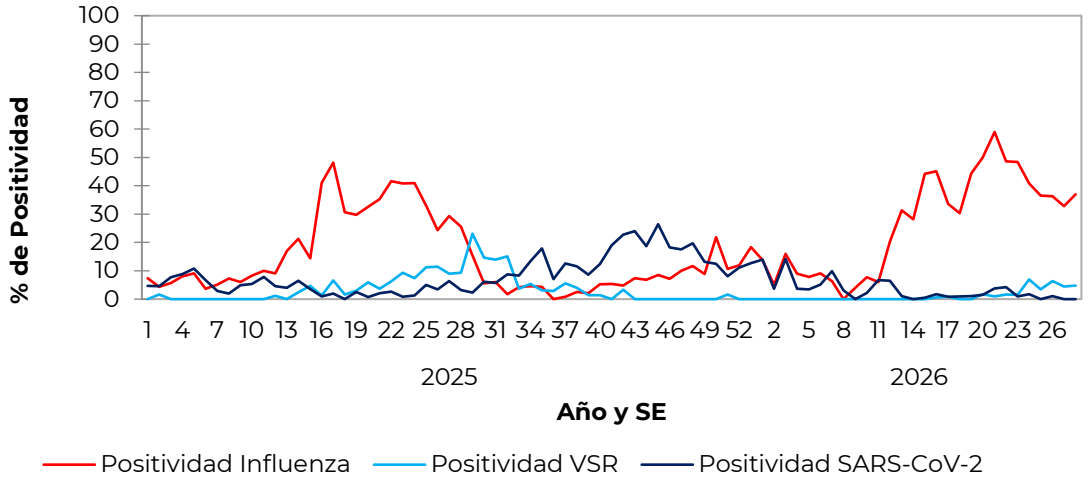
[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

Con relación a **influenza**, durante 2025 se verificó un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad a partir de la SE11, principalmente a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron sus valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del período se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B linaje Victoria y, en las últimas semanas del año, un mayor número de detecciones de influenza A, aunque con valores bajos.

En lo que va de 2026, se observó un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12 hasta la SE23, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). En las SE27 y 28 de 2026 se notificaron 70 casos de influenza entre las 204 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 37,0%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En 2026, las detecciones se registraron de manera aislada hasta la SE 20. Luego se presentaron casos todas las semanas en baja magnitud, con valores por encima del 3% de positividad desde SE24. En las 28 semanas de 2026 se registraron 49 casos positivos de VSR entre las 2.897 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE28/2026. Argentina.

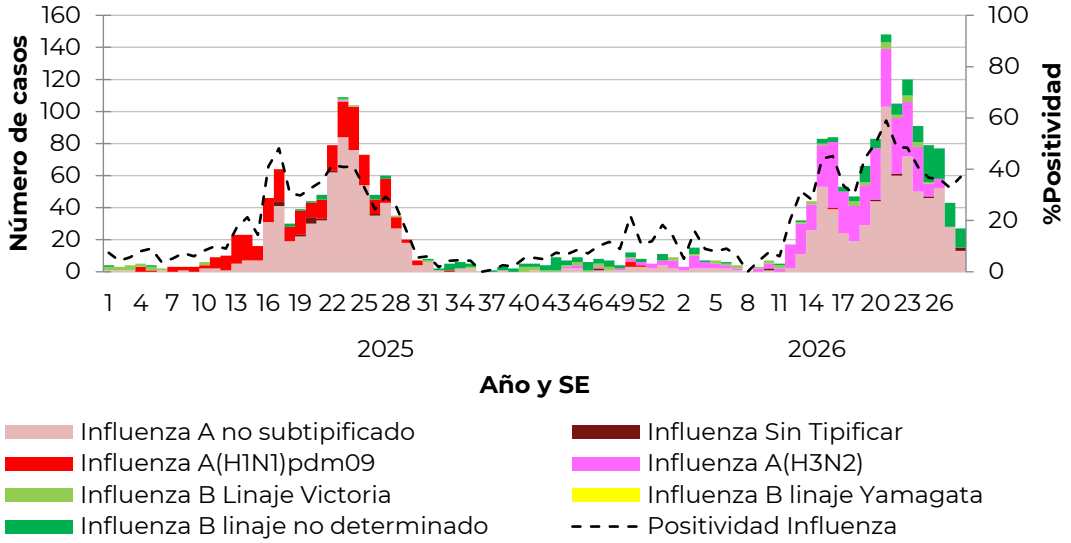


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación con los casos registrados de influenza en ambulatorios, en el 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1), con menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria, que predominó en las últimas semanas del año.

En las primeras 28 SE de 2026, se detectaron 1.265 casos de influenza, predominantemente influenza A (n=1086). Entre estos, 401 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 173 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 36 de ellos.

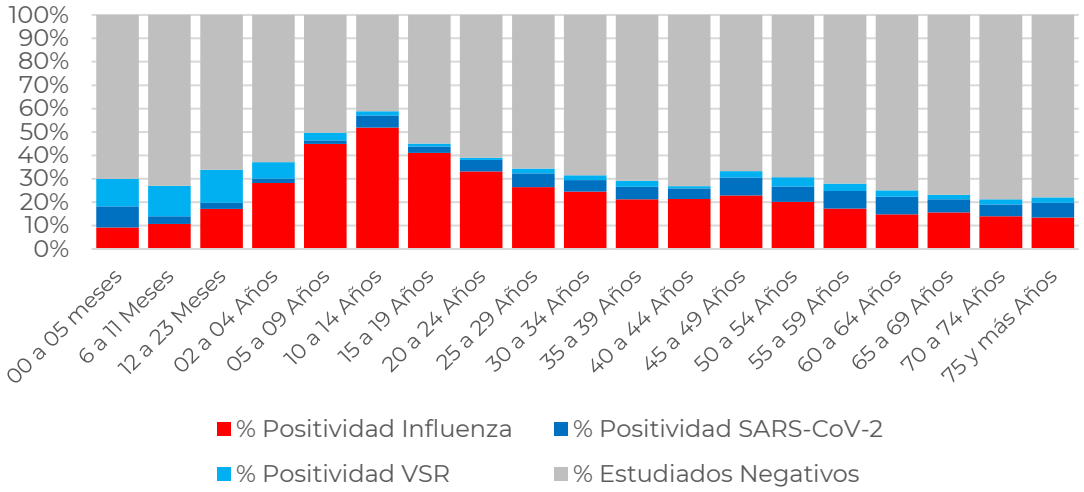
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE28/2026. Estrategia UMA. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2025 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y niños de 2 a 4 años. En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para niños menores de 6 meses seguido de adultos y adultos mayores. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad corresponden a niños pequeños, particularmente menores de 6 meses y de 6 a 11 meses.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE28/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

[3] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

IV.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 42 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [4]

Definiciones de caso Vigentes

IRAG: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[5].

IRAG Extendida en < 2 años y >= 60 años: Infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[6].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 28 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 4.087 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.571 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

Durante 2025, las notificaciones de IRAG presentaron una tendencia ascendente a partir de la SE12, inicialmente vinculada a la circulación de influenza, y posteriormente al aumento de casos de VSR, con un máximo en la SE35. En 2026, los casos permanecieron estables hasta la SE10 y posteriormente mostraron una tendencia ascendente, en coincidencia temporal con el aumento de las detecciones de influenza A sin subtipificar e influenza A(H3N2) y, en las últimas semanas, de VSR.

[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

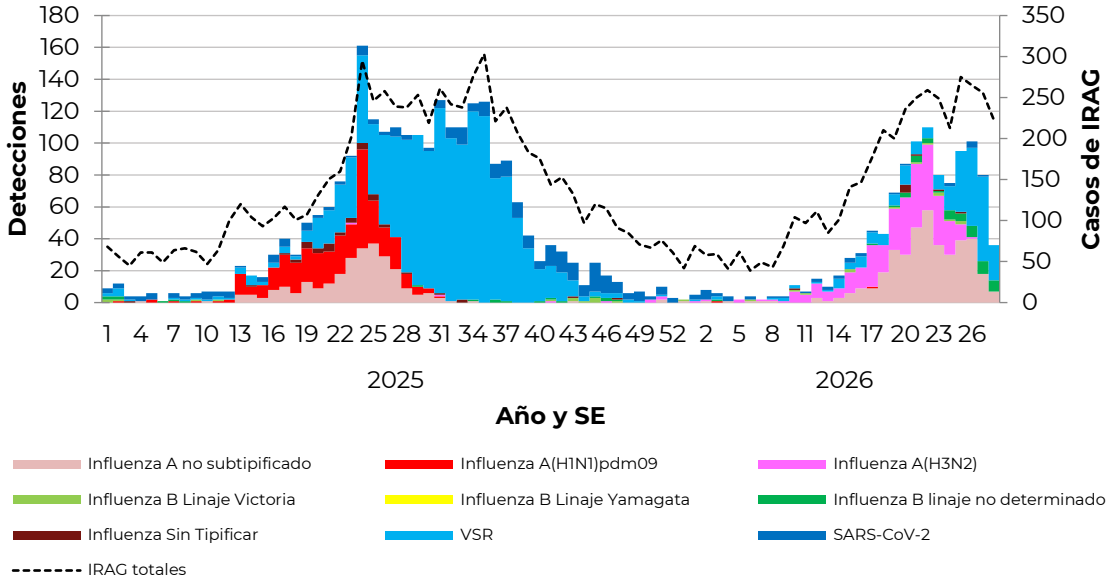
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE28/2026. Argentina



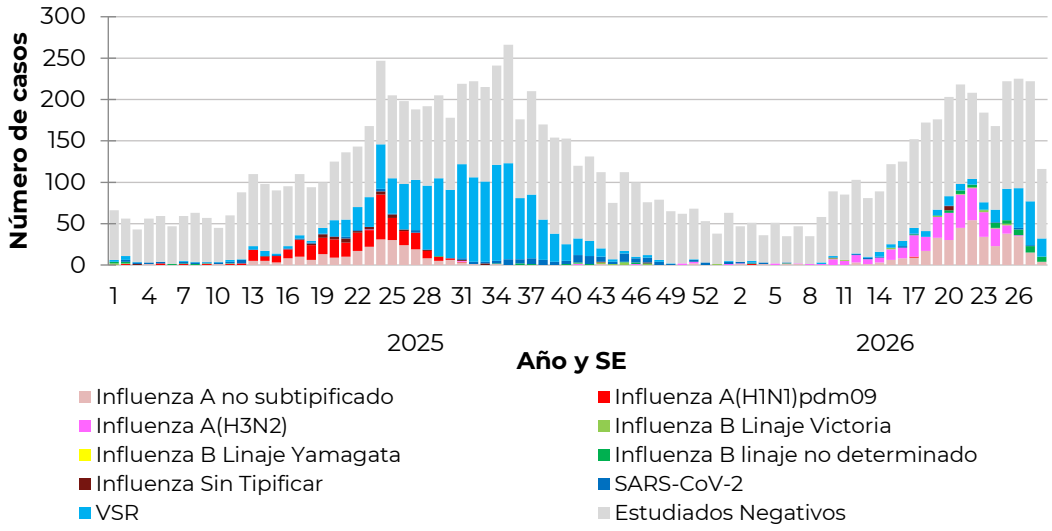
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1 y en menor medida H3N2. Además, se detectaron en menor número casos de influenza B/linaje Victoria. En las 28 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 779 casos de influenza. Se tipificaron 710 casos de influenza A, y de éstos 317 cuentan con subtipificación: 315 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 60 casos, de los cuales 13 corresponden a linaje Victoria, mientras que los restantes permanecen sin identificación de linaje.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de VSR, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 28 semanas transcurridas del año 2026, si bien los casos permanecen en niveles bajos, se registran 261 casos acumulados de IRAG con detección de VSR y un ligero aumento de casos positivos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE28/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



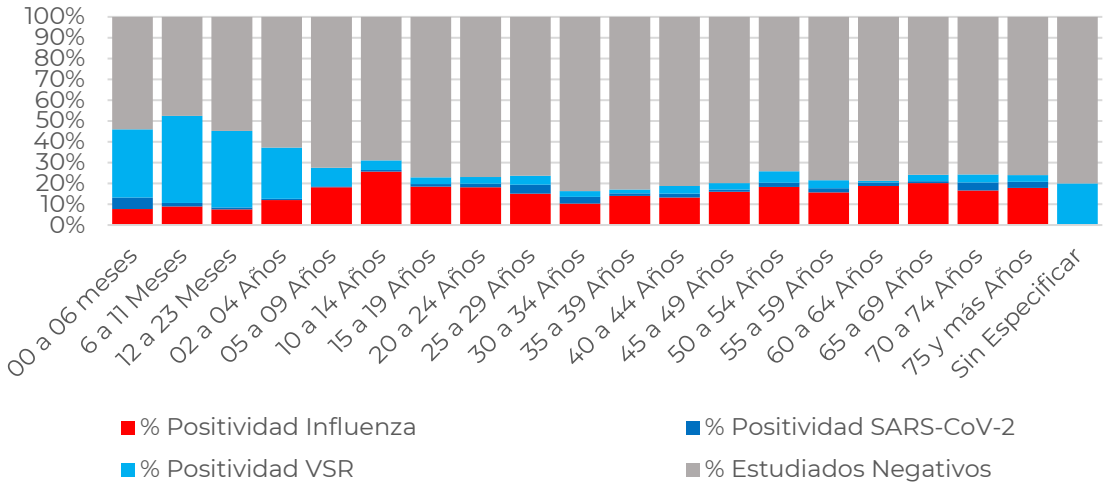
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 775 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 8 codetecciones de influenza y VSR, 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 151 casos de VSR, 122 casos de influenza y 1 caso de SARS-CoV-2. Los restantes 491 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE1/2025, se registra la mayor positividad para influenza en mayores de 60 años, seguidos por el grupo de 50 a 54 años y de 10 a 14 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, particularmente entre 6 y 11 meses y en menores de 2 años.

[10] Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE28/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

Nota metodológica: Para el presente informe se tuvieron en cuenta los casos de Influenza derivados al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), sus resultados de tipificación y subtipificación así como los resultados de secuenciación genómica.

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14. A partir del informe de SE16, se incorpora la caracterización genómica de los casos de Influenza B, de acuerdo con el esquema de muestreo implementado.

Para dar continuidad a la difusión del número de casos detectados de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1/K se presenta en primer lugar los resultados de secuenciación de Influenza A(H3N2) y su distribución por región y provincia para los años 2025 y lo que va de 2026.

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE26 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

Para el muestreo se tuvieron en cuenta variables temporales (SE de FTM), espaciales (región de procedencia) como de población afectada (ambulatorios e internados y grupos de edad).

IV.5.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE26/2026, el LNR secuenció 427 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 386 (90%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (7%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

Entre los casos secuenciados de Influenza A(H3N2), el subclado J.2.4.1/(K) predominó tanto en el 2025 como en lo que va del 2026, distribuido en las 5 regiones del país: mientras que en

[11] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

el 2025 las regiones Sur y Centro registraron la mayor cantidad de casos secuenciados, en lo que va de 2026, la mayor parte de las secuenciaciones corresponden a Centro y NOA. Además del subclado K, en lo que va de 2026 se identificó el subclado J.2.4 en la región Centro y NOA y el subclado J.2.3 en NOA, NEA y Sur.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 26/2026 (N =427).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**146**	**169**
Buenos Aires	0	0	1	0	1	0	0	0	2	53	57
CABA	1	0	1	0	6	0	0	0	4	54	66
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	8	11
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	9	11
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	22	24
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**35**	**41**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	21	27
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**23**	**27**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	7	9
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	14
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**3**	**115**	**120**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	28	29
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	51
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**16**	**0**	**0**	**3**	**0**	**34**	**70**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	7
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	7
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	15	18
Río Negro	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	6
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	3	18
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	4	14
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	353	427

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

IV.5.B. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 26/2026.

En términos acumulados hasta el 23/07/2026 el LNR recibió 2202 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE26/2026, de las cuales 2180 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 91% correspondió a Influenza A y el 9% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 99% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 1% al subtipo A(H1N1). En cuanto a Influenza B, en 191 de los 193 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

En el análisis regional se verifica que todas las regiones derivaron muestras positivas de Influenza al LNR (Centro, 39%; NOA, 32%; Cuyo, 14%, Sur, 8%; y NEA, 7%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 87% y 95% de los casos según región, y dentro de Influenza A el

subtipo H3N2 representó entre el 97% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 5% y 13% de los casos según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE26, Año 2026 (N = 2202).

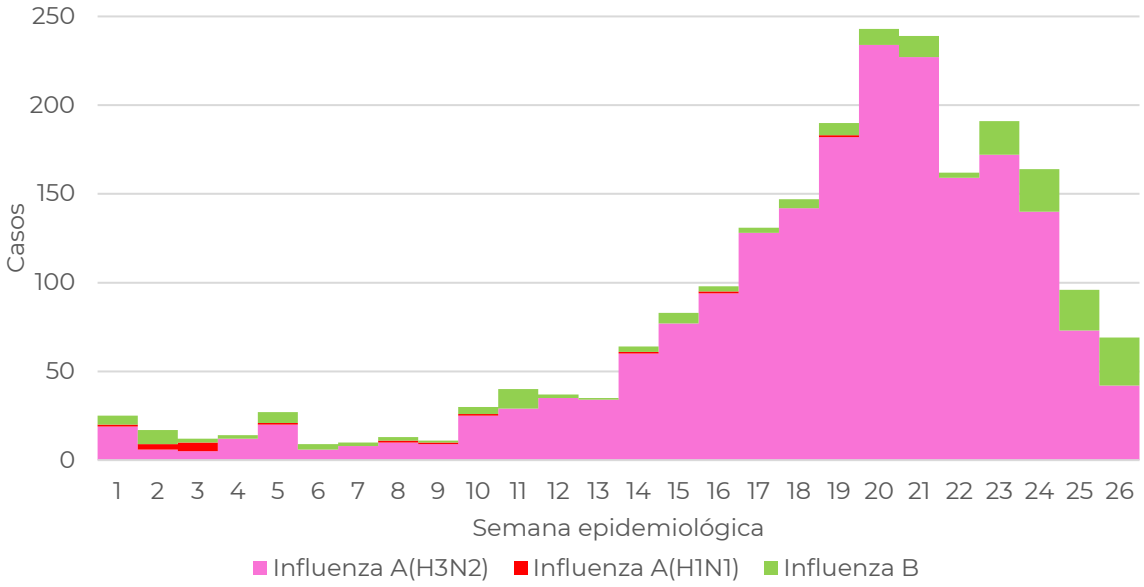
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B								Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria							Sin linaje		
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Subclado C.5.7	Sin esp.			
Centro	**0**	**144**	**6**	**603**	**1**	**7**	**12**	**9**	**4**	**4**	**7**	**6**	**1**	**45**	**0**	**9**	**858**
Buenos Aires	0	66	5	320	0	1	5	4	3	3	2	3	1	15	0	6	434
CABA	0	39	1	136	0	4	5	0	0	1	0	1	0	6	0	1	194
Córdoba	0	8	0	32	1	1	0	4	1	0	4	1	0	16	0	1	69
Entre Ríos	0	9	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	34
Santa Fe	0	22	0	93	0	1	2	1	0	0	1	1	0	5	0	1	127
Cuyo	0	35	0	242	0	0	1	0	0	0	1	0	0	39	0	2	320
Mendoza	0	21	0	158	0	0	0	0	0	0	1	0	0	33	0	0	213
San Juan	0	9	0	66	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	2	82
San Luis	0	5	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	25
NEA	1	23	0	106	1	3	1	2	0	0	2	0	0	12	0	1	152
Chaco	1	7	0	10	0	0	0	2	0	0	2	0	0	8	0	1	31
Corrientes	0	2	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Formosa	0	14	0	81	1	3	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	103
Misiones	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
NOA	1	116	3	512	0	3	6	2	0	2	3	0	0	43	2	9	702
Catamarca	0	12	0	84	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	102
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	134
La Rioja	0	11	0	23	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	36
Salta	1	29	0	153	0	2	3	0	0	2	0	0	0	18	1	7	216
Santiago del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	51	0	123	0	0	0	0	0	0	3	0	0	8	1	0	186
Sur	3	34	0	119	0	1	3	1	0	0	0	0	0	8	0	1	170
Chubut	0	4	0	22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	29
La Pampa	0	6	0	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Neuquén	0	14	0	44	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	63
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	4	0	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	17
Tierra del Fuego	0	4	0	19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24
Total	5	352	9	1582	2	14	23	14	4	6	13	6	1	147	2	22	2202

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas epidemiológicas analizadas. Se observó un incremento sostenido en la cantidad de casos recibidos en el LNR, superándose los 100 casos semanales a partir de la SE17 y alcanzándose un máximo de 250 casos en la SE20, tras lo cual se observó un descenso.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, Influenza A(H3N2) fue el subtipo predominante durante todo el período analizado. Influenza B también se detectó a lo largo de todas las semanas epidemiológicas, inicialmente en baja proporción, con un aumento progresivo hacia las últimas semanas. Por su parte, Influenza A(H1N1) se detectó de manera esporádica hasta SE19.

Gráfico 7. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE26, Año 2026[12]

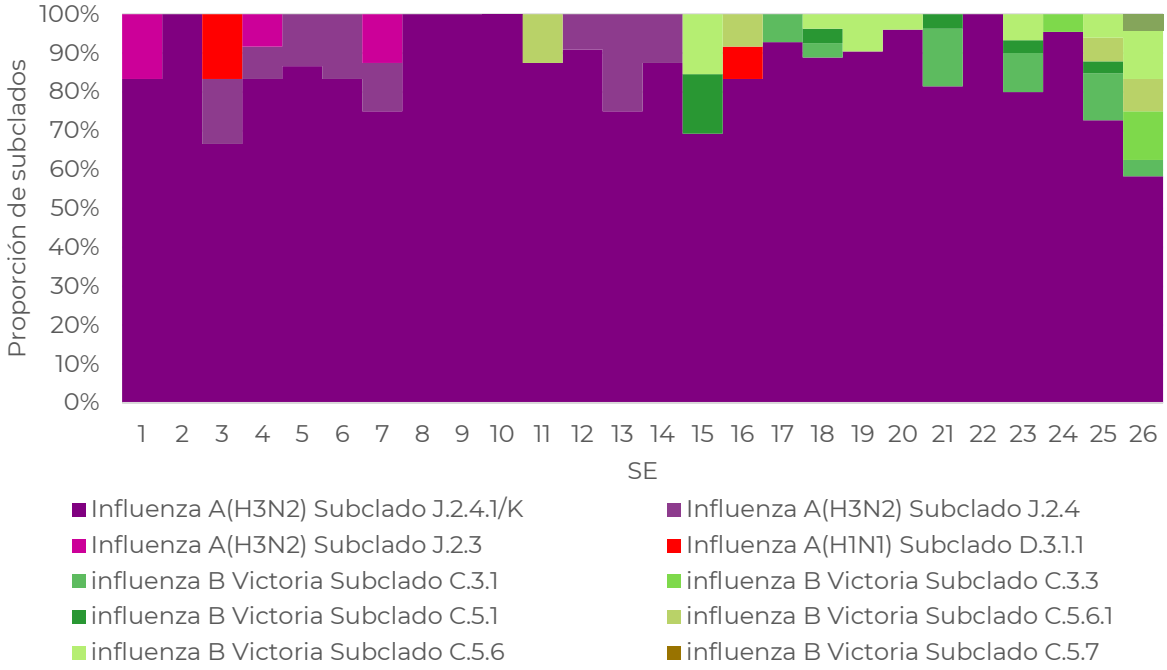


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 413 casos de Influenza, 367 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 44 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (96%), seguido del subclado J.2.4 (3%) y J.2.3 (1%). Los dos casos secuenciados de Influenza A(H1N1) correspondieron al subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria se identificó una heterogeneidad de subclados: C.3.1 (14), C.5.6 (13), C.5.1 (6) y C.5.6.1 (46 y C3.3 (4) y C.5.7 (1).

[12] El gráfico toma como referencia temporal la Fecha de Toma de muestra

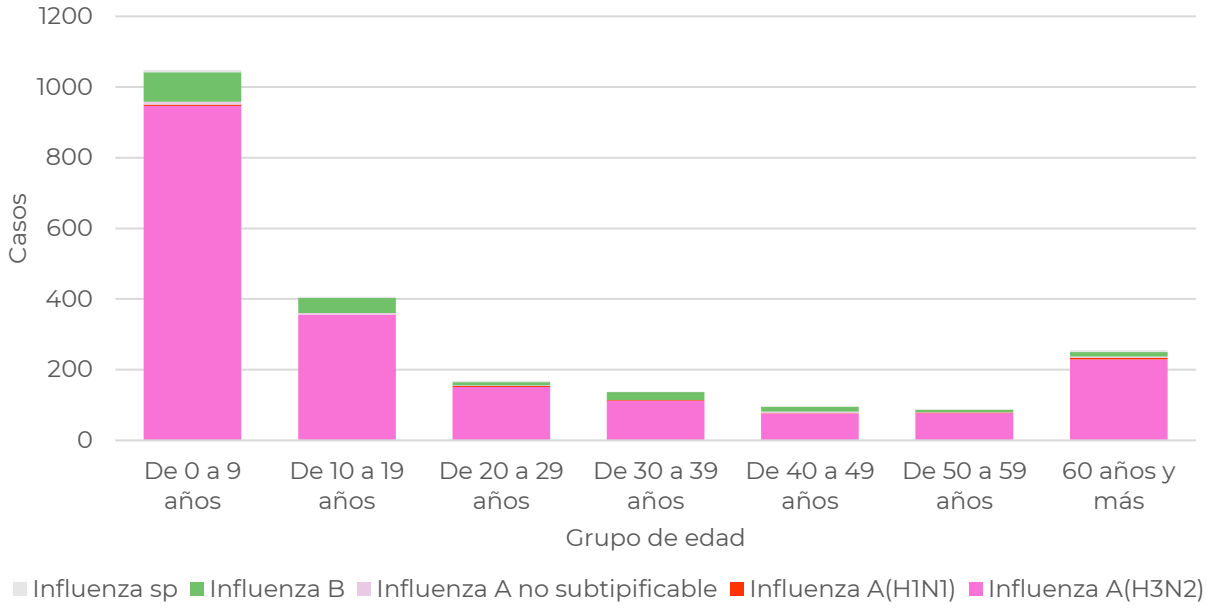
Gráfico 8. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE26. Año 2026.



Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 48% de los casos; dentro de este grupo, el 34% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (18%) y 60 años y más (12%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 66% en los menores de 20 años.

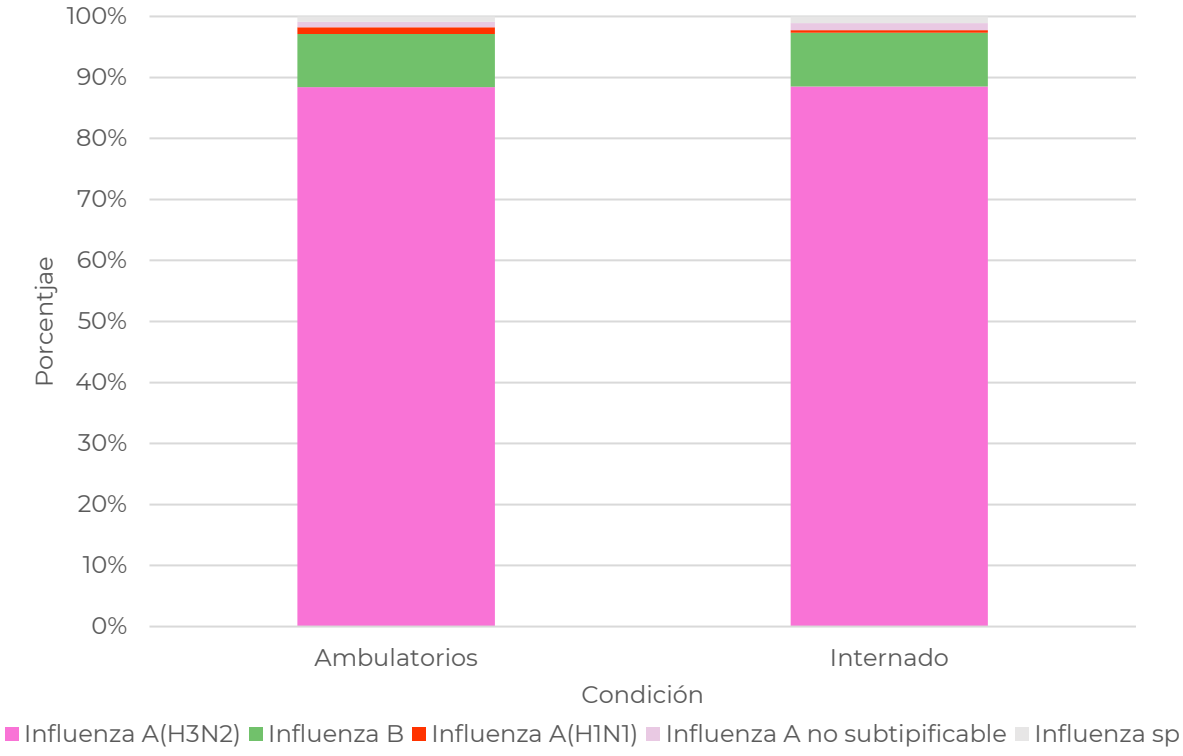
Gráfico 9. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE26, Año 2026.



Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (88%). Influenza B representó el 9% de los casos recibidos en el LNR en ambos grupos, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja tanto en pacientes ambulatorios como internados.

Gráfico 10. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE26, Año 2026.



Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto de aumento de casos de influenza, con predominio de detección en el país de casos de influenza A(H3N2) y particularmente del subclado K, se recomienda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

IV.7. Vigilancia epidemiológica

Se destaca la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica, con énfasis en la detección de influenza A(H3N2), aun en períodos de baja circulación.

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

Asimismo, se recomienda el estudio por subtipificación y la caracterización genética de muestras seleccionadas, con el objetivo de favorecer la detección temprana de cambios en los patrones de circulación viral y la caracterización virológica oportuna.

Caracterización de virus Influenza: Enviar al Laboratorio Nacional de Referencia todas las muestras obtenidas en laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros virus respiratorios con resultados positivos para Influenza A/B con ct menor a 28.

Por otra parte, para todos los laboratorios participantes o no de la red que detecten virus de la influenza A (H3N2), realizar la derivación al LNR para procurar identificar la potencial introducción de la variante K en el territorio argentino a través de herramientas genómicas.

Las detecciones identificadas en el marco de la investigación de eventos respiratorios inusuales deberán remitirse al LNR para estudios adicionales, incluyendo caracterización genética, conforme a los procedimientos vigentes.

Definiciones:
Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.
Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.
Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:
● Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
● En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
● Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
● Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
● Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.

● Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024:** https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.8. Recomendaciones para la población

Se reiteran las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas:

- Mantener completos los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Bordetella pertussis* y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

Personas que viajen o regresen de países con circulación de influenza:

- Mantener las medidas generales de prevención de infecciones respiratorias durante el viaje y al regreso.
- En caso de presentar síntomas respiratorios, evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).
- Consultar de forma oportuna al sistema de salud ante la progresión o empeoramiento del cuadro clínico, y personas pertenecientes a grupos con mayor riesgo de complicaciones.

IV.9. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

Se recomienda a los equipos de salud mantener la indicación de la vacunación antigripal anual a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, según las recomendaciones nacionales, recordando que su administración en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.

IV.10. Tratamiento antiviral

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[13],[14] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de

[13] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.

[14] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.

mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[15],[16] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales. Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.
Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.
-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.
-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

[15] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
[16] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada a 23/07/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 28 de 2026 se notificaron 1.111.023 casos de dengue, de los cuales 288.708 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 79% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 259 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 107.620 casos. De ellos, 45.272 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 53% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 46 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 27, se registraron 8.907 casos, de los cuales 458 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 68%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 15/2026 se confirmaron 10 casos por laboratorio, en comparación con los 9.477 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 27/2026, se reportaron un total de 51.505 casos de dengue, de los cuales 590 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 51% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 41.994 casos, de los cuales 11.407 fueron confirmados por laboratorio, 3 veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.460 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 25/2026 se registraron un total de 8.727 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 236 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto a chikungunya, se notificaron 18 casos confirmados por laboratorio, un 43% menos que lo registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos en el año en curso.

Perú: hasta la SE 26/2026 se reportaron un total de 34.820 casos de dengue, de los cuales 26.983 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 4% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 36 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 25/2026 se notificaron 7 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 25, se notificaron 10 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se observó un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace

[17] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: https://www.paho .org/en/arbo-portal

[18] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[19].

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 y DEN-2 en Bolivia, en Perú y Paraguay los serotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3 y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). En cuanto a Oropouche y Zika, entre los países mencionados, únicamente Brasil registró casos confirmados.

V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 1).

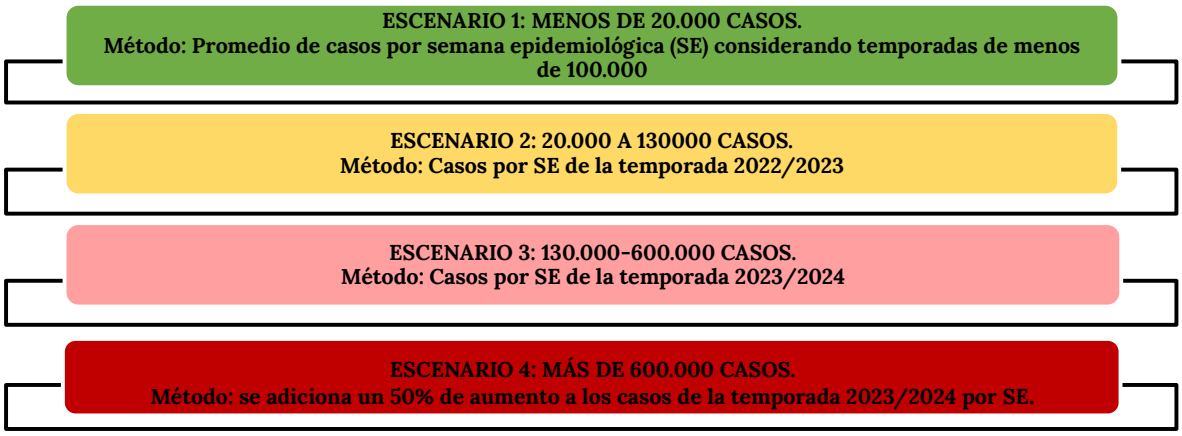
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** se utilizó como modelo la dinámica observada durante la temporada 2022/2023, considerada de magnitud intermedia, caracterizada por un inicio de brote en octubre en la región NOA/NEA y una posterior propagación hacia la región centro del país con aumento en la intensidad de la transmisión.
- **Escenario 3 (130.000 a 600.000 casos):** se basó en los casos notificados por SE durante la temporada 2023/2024, la de mayor magnitud registrada hasta el momento, con transmisión viral sostenida en múltiples regiones y elevada incidencia acumulada.
- **Escenario 4 (>600.000 casos):** se proyectó adicionando un 50% de aumento a los casos semanales observados en la temporada 2023/2024, simulando un escenario de máxima transmisión caracterizado por la introducción temprana del virus en regiones endémicas y una rápida expansión territorial.

El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

[19] Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya, 10 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-10-febrero-2026

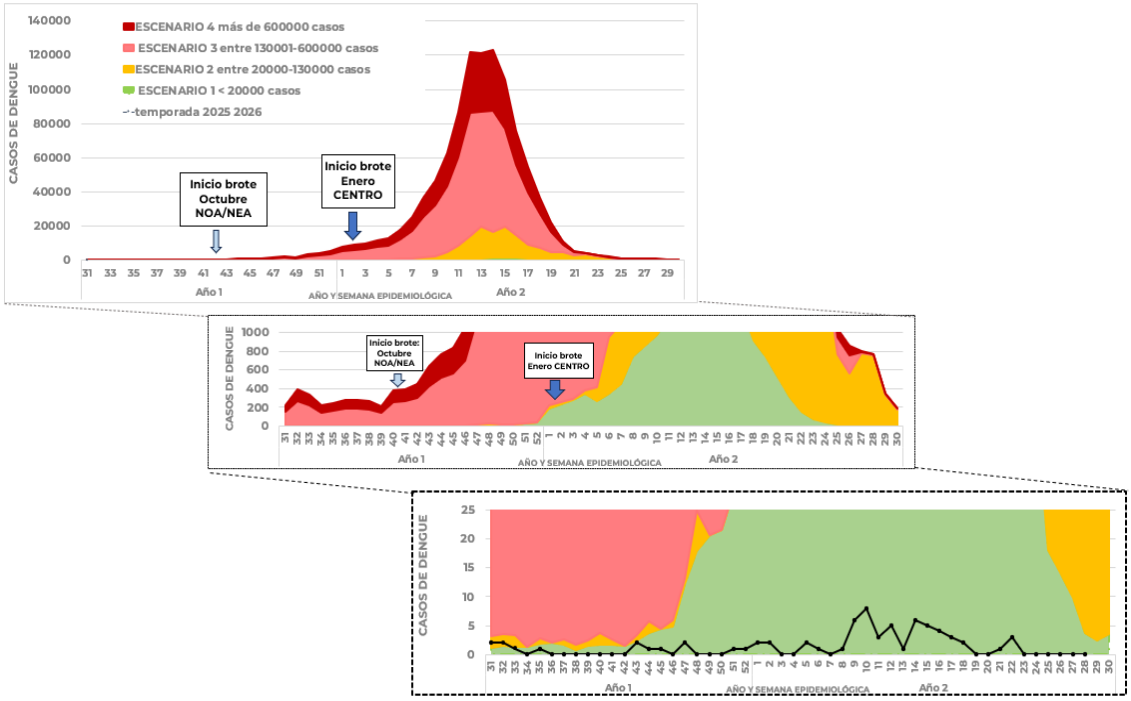
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

Gráfico 1. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=69). Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima[20], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **27.665** casos sospechosos de dengue, de los cuales **69** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **55%** corresponden a casos sin antecedente de viaje (Tabla 1). **No se han notificado casos confirmados con fecha de inicio de síntomas posterior a la SE 22/2026**. Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE 28/2026 se notificaron 99 casos sospechosos. De ellos, 57 fueron descartados, no se notificaron casos confirmados y los restantes continúan como sospechosos en estudio. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a **semanas epidemiológicas previas** en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE28/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	10	61	6	10	DENV-1,2	1440	389	1916	16
CABA	22	26	9	3	DENV-1,2,3	469	195	724	31
Córdoba	2	5	2	0	DENV-2	2712	158	2879	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	332	7	348	4
Santa Fe	0	26	2	2	DENV-3	1291	71	1392	2
Total Centro	**34**	**122**	**23**	**16**		**6244**	**820**	**7259**	**57**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	139	3	145	2
San Juan	0	0	0	0		43	0	43	0
San Luis	0	0	0	0		83	18	101	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**265**	**21**	**289**	**2**
Chaco	0	9	0	0		1016	7	1032	0
Corrientes	0	1	0	0		156	40	197	0
Formosa	2	2	1	0	DENV-2	5488	0	5493	3
Misiones	0	4	1	0		990	0	995	1
Total NEA	**2**	**16**	**2**	**0**		**7650**	**47**	**7717**	**4**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	483	4	494	1
Jujuy	1	1	1	0	DENV-3	1436	39	1478	2
La Rioja	0	6	0	0		259	2	267	0
Salta	0	35	0	0		3380	1106	4521	0
S. del Estero	0	8	0	0		319	583	910	0
Tucumán	0	119	0	1		4307	95	4522	0
Total NOA	**2**	**175**	**1**	**1**		**10184**	**1829**	**12192**	**3**
Chubut	0	0	0	0		18	2	20	0
La Pampa	0	0	0	1		89	10	100	0
Neuquén	0	0	3	0		28	3	34	3
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		32	3	35	0
T. del Fuego	0	0	0	0		15	0	15	0
Total Sur	**0**	**0**	**3**	**1**		**186**	**18**	**208**	**3**
Total País	**38**	**313**	**31**	**19**	**DENV-1,2,3**	**24529**	**2735**	**27665**	**69**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación.

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

[20]Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

V.3.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CASOS DE DENGUE DURANTE LA TEMPORADA.

- **Tres** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño. Durante la **SE15** se notificó un nuevo caso con antecedente de viaje a Paraguay y cuyo serotipo detectado fue **DENV-2.**
- **Dieciséis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: diez sin antecedente de viaje en **Tres de Febrero**, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; seis con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Treinta y un** casos notificados en **CABA**: Veintidós casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y tres casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital, San Justo y Colón.
- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (DENV-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- **Dos** casos notificados por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3) y Brasil y Maldivas.
- **Dos** casos notificados por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Dos** casos notificados por **Jujuy:** uno con antecedente de viaje a Bolivia y otro (SE19) sin antecedente de viaje aún en investigación, ambos en departamento El Carmen (Perico). En ambos se detectó **DENV-3**.
- **Un** caso notificado por **Misiones** con antecedente de viaje a República Dominicana.
- **Tres** casos notificados por **Neuquén** con antecedente de viaje a Brasil, del departamento de Lácar, en San Martín de los Andes.

V.3.C. CASOS PROBABLES

Si bien en la actualidad la circulación de dengue en el país es baja y los casos confirmados continúan siendo escasos, aislados y concentrados principalmente en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe, se han notificado **332 casos probables** que permanecen en investigación.

En este contexto, resulta fundamental promover la toma de **segundas muestras** y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la **intensificación de búsqueda de otros febriles** en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar rápidamente si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

Este abordaje cobra particular relevancia considerando que distintos Arbovirus pueden circular de forma simultánea y generar cuadros clínicos compatibles con **síndrome febril**

agudo inespecífico (SFAI). Por ello, además de confirmar o descartar dengue, es importante continuar el estudio de otros virus de la misma familia viral, como el de la Encefalitis de San Luis, para el cual se registra un aumento de notificaciones en las últimas semanas en la provincia de Buenos Aires y que podría estar causando reacciones cruzadas. Recordemos también que la detección de anticuerpos IgM/IgG puede deberse a infecciones por dengue previas, vacunación o incluso reacciones inespecíficas que deben evaluarse y aclararse a los fines de la vigilancia de salud pública y el diagnóstico individual.

Dado que el dengue se enmarca dentro de los eventos bajo vigilancia del síndrome de SFAI, cuando los estudios iniciales no permiten confirmar dengue, resulta clave profundizar la investigación etiológica para identificar la causa del cuadro clínico. El estudio exhaustivo de los casos probables permite no solo mejorar la clasificación de los eventos, sino también fortalecer la vigilancia de otros Arbovirus, favorecer la detección oportuna de cambios en los patrones de circulación viral y optimizar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante posibles escenarios de transmisión. Esta situación cobra mayor relevancia, considerando, además, que recientemente se ha detectado la reintroducción de CHIKV en el territorio nacional.

V.3.D. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE DENGUE

La mediana de edad fue de 41 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

De los 69 casos confirmados de dengue, 68 cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Trece casos (19%) requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta.

En el 54% de los casos que requirieron internación se determinó el serotipo DENV-2 (n=7). No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

V.3.E. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.

En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (hasta 6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los Arbovirus circulantes en un área, de modo de

generar un alerta temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por más de 3 meses e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros Arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los Arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

La derivación de muestras al Centro Nacional de Referencia para estudios de caracterización genómica viral es importante que cumpla criterios de representación geográfica, temporal y de espectro clínico, priorizando aquellos casos positivos por técnicas de qRT-PCR con valores de CT inferiores a 28 idealmente.

V.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **13.098** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2925** corresponden a casos confirmados y probables[21]. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local.

Si se compara la SE28 con la SE27, se notificaron 42 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales solo **un** caso probable corresponde a la SE28 por fecha mínima[22]. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a **semanas epidemiológicas previas** en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

La tabla presenta la clasificación de los casos notificados de Fiebre Chikungunya según su estado diagnóstico y evolución. Se distinguen los casos sospechosos con resultado negativo, categoría que incluye tanto los casos descartados como los sospechosos no conclusivos; los casos sospechosos sin estudios de laboratorio registrados en el sistema; y los casos sospechosos actualmente en estudio, que continúan en proceso diagnóstico. Asimismo, se incluyen los casos clasificados como probables y confirmados, que conforman el total de casos del evento. El total de notificados corresponde al conjunto de todas las notificaciones registradas para Chikungunya, independientemente de su clasificación final, permitiendo dimensionar la magnitud del evento y la carga del sistema de vigilancia (**Ver tabla 2**).

[21] **Fe de erratas:** En la edición anterior (BEN N.° 817, SE 27), se consignó por error un total de 2.832 casos confirmados y probables. El valor correcto es 2.883, tal como se presenta en la Tabla 2. La cifra de 2.832 corresponde a la semana epidemiológica anterior (SE 26).

[22]Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE28/2026. Argentina.

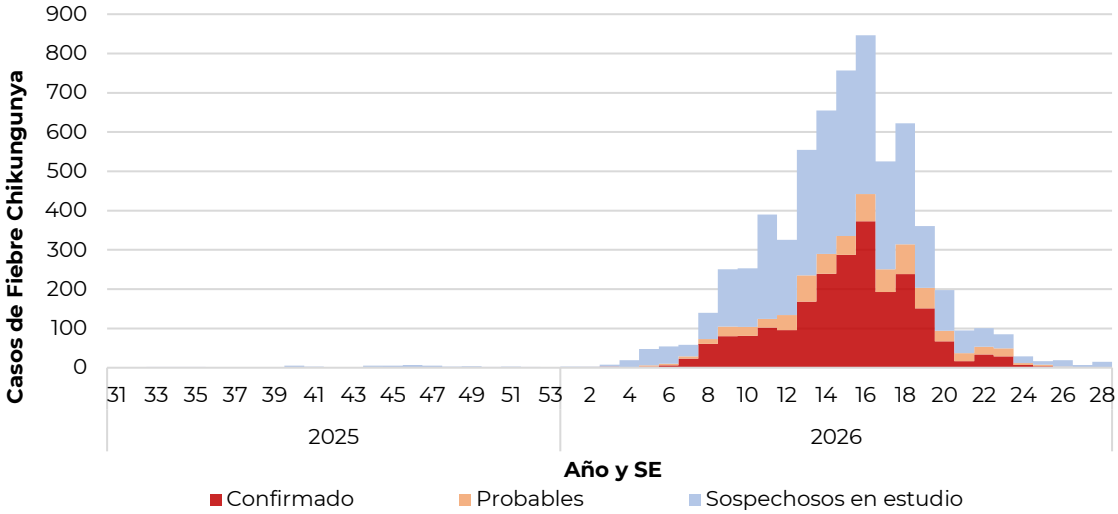
Jurisdicción	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	13	23	6	6	150	25	16	239	48
CABA	5	1	4	3	16	16	6	51	13
Córdoba	27	6	2	2	1907	19	14	1977	37
Entre Ríos	5	0	0	0	40	3	3	51	5
Santa Fe	0	0	0	1	289	6	2	298	1
Total Centro	**50**	**30**	**12**	**12**	**2402**	**69**	**41**	**2616**	**104**
Mendoza	0	0	0	0	25	0	1	26	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**43**	**0**	**1**	**46**	**2**
Chaco	0	2	0	0	226	0	0	228	2
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	174	0	1	175	0
Misiones	0	0	0	0	66	1	0	67	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**468**	**1**	**2**	**473**	**2**
Catamarca	13	11	0	0	226	0	33	283	24
Jujuy	122	63	5	1	899	95	0	1185	191
La Rioja	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1179	357	128	18	648	1099	930	4359	1682
S. del Estero	187	46	0	0	140	156	13	542	233
Tucumán	572	113	0	0	178	81	2553	3497	685
Total NOA	**2073**	**590**	**133**	**19**	**2165**	**1431**	**3530**	**9941**	**2815**
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	1	4	0	0	5	1
Neuquén	0	0	0	1	1	2	1	5	1
Río Negro	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0	1	5	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**2**	**13**	**2**	**5**	**22**	**2**
Total País	**2123**	**622**	**147**	**33**	**5091**	**1503**	**3579**	**13098**	**2925**

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Durante la temporada se observó una aceleración sostenida de los casos de Fiebre Chikungunya hasta la SE16, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables lo que evidenció un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. Luego del pico de casos en la SE16 (N=442)[23], se observa un descenso progresivo y sostenido, tanto de casos confirmados como probables y en estudio. Se observan además leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0. **(Ver gráfico 3).**

[23] Como resultado de la reclasificación de casos, se redistribuyeron las notificaciones entre semanas epidemiológicas, lo que explica la modificación observada en el número de casos del pico.

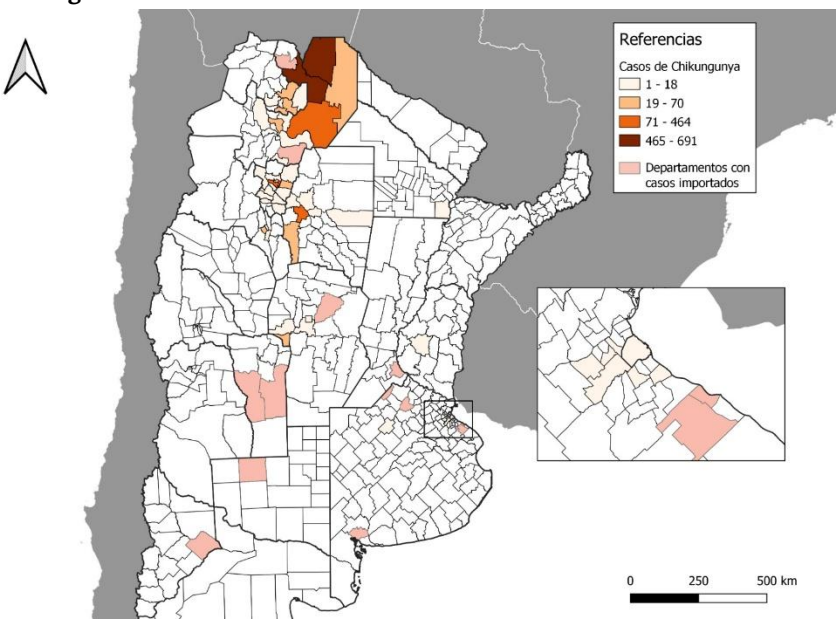
Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[24]. SE31/2025 a SE28/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2815; 96% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se notificaron brotes en otras jurisdicciones como Catamarca (Capital), Santiago del Estero (Capital) y Buenos Aires (Lomas de Zamora, Merlo, Quilmes) junto con la detección de casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE28/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

[24]Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

V.4.A. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE CHIKUNGUNYA.

La mediana de edad fue de 34 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **25 a 34** años y de 35 a 44 años. El 55% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

Los síntomas más frecuentes reportados fueron: **fiebre**, **poliartralgias,** mialgias, cefalea, diarrea y vómitos.

Del total de casos, 2054 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 10% (n=206) requirió hospitalización.

Se notificaron nueve casos graves de fiebre por virus Chikungunya (CHIKV), de los cuales dos fallecieron. Los siete casos no fatales correspondieron a residentes de Salta (n=4), Santiago del Estero (n=2) y Tucumán (n=1). Los más recientes fueron dos neonatos de Salta, notificados en las SE 22 y 25, que permanecen en cuidados intensivos. Los cinco casos restantes ocurrieron entre las SE 9 y 17 e incluyeron una mujer de 33 años con encefalitis y una lactante de cuatro meses, ambas con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y evolución favorable; un hombre de 81 años con compromiso sistémico; una recién nacida que permanece en cuidados intensivos; y una mujer de 26 años. Durante la SE 28 se completó la información clínica de este último caso y se confirmó que requirió internación, sin necesidad de cuidados intensivos.

Los dos casos fatales correspondieron a pacientes residentes en la provincia de Salta: un hombre de 68 años de Embarcación, que evolucionó con compromiso respiratorio asociado a neumonía por *Streptococcus pneumoniae*, y un hombre de 34 años de Aguaray con antecedente de diabetes descompensada, quien presentó una evolución desfavorable con shock séptico e insuficiencia respiratoria.

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

Las encefalitis Arbovirales son enfermedades transmitidas por mosquitos, que pueden causar síntomas neurológicos en humanos y animales. Algunos ejemplos de encefalitis Arbovirales incluyen la encefalitis del virus del Nilo Occidental (WNV), la encefalitis de San Luis (SLEV), la encefalitis japonesa (JEV), la encefalitis equina del este (EEEV), y la encefalitis equina del oeste (WEEV). Los síntomas comunes de estas enfermedades pueden incluir fiebre alta, dolor de cabeza intenso, confusión, convulsiones, debilidad muscular y otros problemas neurológicos.

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **527 casos** sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”, se confirmaron **seis** casos de Encefalitis de San Luis: 5 en Provincia de Buenos Aires y 1 en Entre Ríos.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **15** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros). Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

En este contexto, se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente la posible circulación o introducción de Arbovirus neuroinvasivos y fortalecer la sospecha clínica y la notificación oportuna por parte de los equipos de salud. Los casos corresponden a las jurisdicciones: **Buenos Aires**, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Jujuy.

Casos de Encefalitis en Provincia de Buenos Aires

Durante la SE19, se confirmaron 2 nuevos casos de Encefalitis de San Luis, que previamente habían sido notificados como *confirmados flavivirus sin especificar* y, luego de las determinaciones finales, se confirmó el diagnóstico. En total, hay 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis y 7 casos confirmados/3 probables flavivirus sin especificar. Los **15** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de mayo y Ezeiza**[25]. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad de 16 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Seis casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha. Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **133** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó **un** caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE27/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE28/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Estudiados	Confirmado	Estudiados	Probable	Confirmado
Buenos Aires	5	53	1	43	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	386	0	6	1	1
Entre Ríos	1	19	0	6	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	**6**	**487**	**1**	**75**	**6**	**8**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	8	0	7	0	0
Total Cuyo	**0**	**14**	**0**	**7**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**4**	**0**	**0**
Catamarca	0	1	0	0	0	0
Jujuy	0	10	0	39	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
S.del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	**0**	**22**	**0**	**46**	**1**	**0**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
T.del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**6**	**527**	**1**	**133**	**7**	**8**

Pos: positivas / Est: estudiadas

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE28/2026).

Tabla 5. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE28/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	101	0	51	0	16
CABA	0	13	0	6	0	0
Córdoba	0	106	0	66	0	1
Entre Ríos	0	10	0	3	0	1
Santa Fe	0	174	0	42	0	11
Total Centro	**0**	**404**	**0**	**168**	**0**	**29**
Mendoza	0	27	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**32**	**0**	**14**	**0**	**0**
Chaco	0	101	0	165	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	31	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	54	0	8
Total NEA	**0**	**136**	**0**	**257**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	53	0	135	0	0
La Rioja	0	10	0	49	0	9
Salta	0	284	0	1025	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	237	0	1
Tucumán	0	235	0	26	0	89
Total NOA	**0**	**590**	**0**	**1472**	**0**	**99**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	2	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	3	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**6**	**0**	**2**	**0**	**0**
Total País	**0**	**1168**	**0**	**1913**	**0**	**138**

Pos: positivas / Est: estudiadas

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **1168** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **1913** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso se notificaron **138** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

ACTUALIZACIONES **PERIÓDICAS**

VI. Intoxicación por Monóxido de Carbono - Actualización Informe epidemiológico

VI.1.Introducción

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye un evento de importancia sanitaria debido a su frecuencia y el riesgo de mortalidad asociado. El CO es un gas inodoro, incoloro, insípido y no irritante que se produce por la combustión incompleta de materiales que contienen carbono, como gas natural, kerosén, carbón, madera o combustibles líquidos. Su carácter no perceptible por los sentidos lo convierte en un agente de exposición inadvertido, particularmente en contextos domésticos y laborales mal ventilados.

En Argentina, la mayoría de estos eventos se originan en exposiciones no intencionales intradomiciliarias vinculadas al uso inadecuado, desperfectos o falta de mantenimiento de artefactos para calefacción o cocción, en ambientes cerrados y sin ventilación adecuada.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite detectar variaciones en el patrón de ocurrencia -incluyendo incrementos estacionales o aumentos inusuales de casos-, identificar fuentes de exposición, implementar medidas de prevención y monitorear la efectividad de intervenciones locales. Dado el carácter prevenible del evento, los datos aquí presentados resultan fundamentales para dimensionar su impacto, mejorar las estrategias de control y reforzar la articulación intersectorial para reducir su incidencia.

Es importante destacar que al igual que en todos los informes presentados en los Boletines Epidemiológicos Nacionales, los datos de los eventos notificados son parciales y están sujetos a modificación. Si bien esta aclaración se incluye de manera sistemática en las notas metodológicas, en esta oportunidad -dado el carácter estacional del evento y la particular visibilidad en medios de comunicación que presenta la intoxicación por CO- se considera pertinente reforzar que la información aquí presentada tiene como única fuente oficial el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y proviene de establecimientos que notifican a este Sistema de manera heterogénea.

En este marco, es dable recalcar que desde el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación y de cada una de las Áreas de Epidemiología jurisdiccionales, se realiza un constante trabajo de monitoreo y evaluación para la mejora de la cobertura, oportunidad, regularidad y calidad de los datos.

VI.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

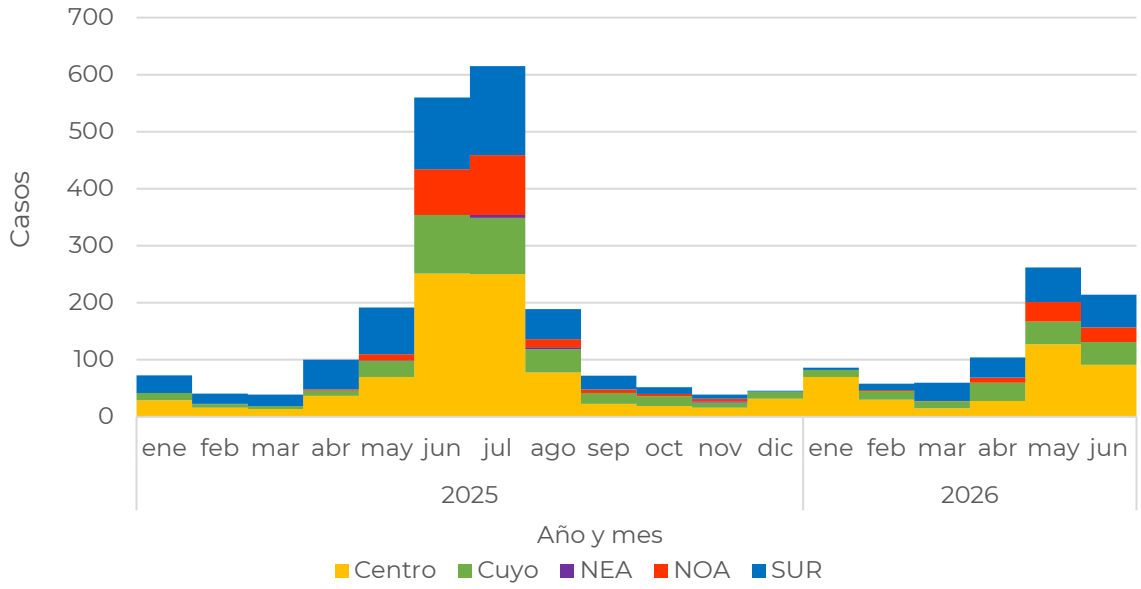
El siguiente análisis considera las notificaciones en el evento “Intoxicación/Exposición por Monóxido de Carbono” del SNVS2.0 desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2025 a la SE 25 de 2026. Para la realización del mismo, se consideraron como “casos” aquellos clasificados como confirmados, ya sea por presentar síntomas compatibles, laboratorio detectable o antecedente epidemiológico. La categoría “síntomas compatibles” corresponde a una variable construida a partir de los signos y síntomas consignados en las notificaciones del SNVS 2.0, agrupados en una variable dicotómica (sí/no). Los casos se muestran según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS$^{2.0}$ y, en ausencia de este dato, según jurisdicción de carga. La fecha mínima que se utiliza para contabilizar la semana

epidemiológica (SE) se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS) o la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2026)

Durante 2026, hasta la SE 25, se notificaron 781 casos confirmados. El 77% de estos se confirmó por clínica, el 14% por laboratorio y el 9% restante por antecedente epidemiológico. Respecto de la evolución clínica, del total de notificados, solo 12 casos fueron consignados como fallecidos. El mayor volumen de casos de los últimos meses se concentró en la región Centro (46%) y Sur (25%).

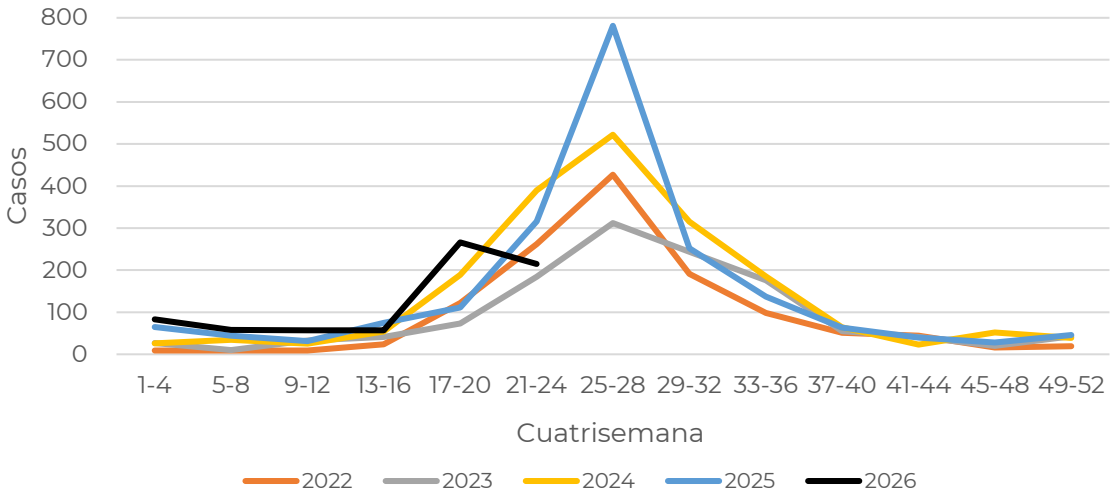
Gráfico 1. Casos de intoxicación por monóxido de carbono por mes y región. Argentina, enero 2025 – junio 2026. (n=2.802)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Desde el 1 de enero 2025 al 27 de junio de 2026 se notificaron 2.802 casos de intoxicación por monóxido de carbono. Del total, el 43% (1.196) correspondió a la región Centro y el 28% (783) a la región Sur. En menor proporción, las regiones Cuyo, NOA y NEA concentraron el 18% (512), 11% (300) y menos del 1% (11) de los casos, respectivamente. Considerando el periodo analizado, los meses con mayor cantidad de casos fueron junio y julio de 2025.

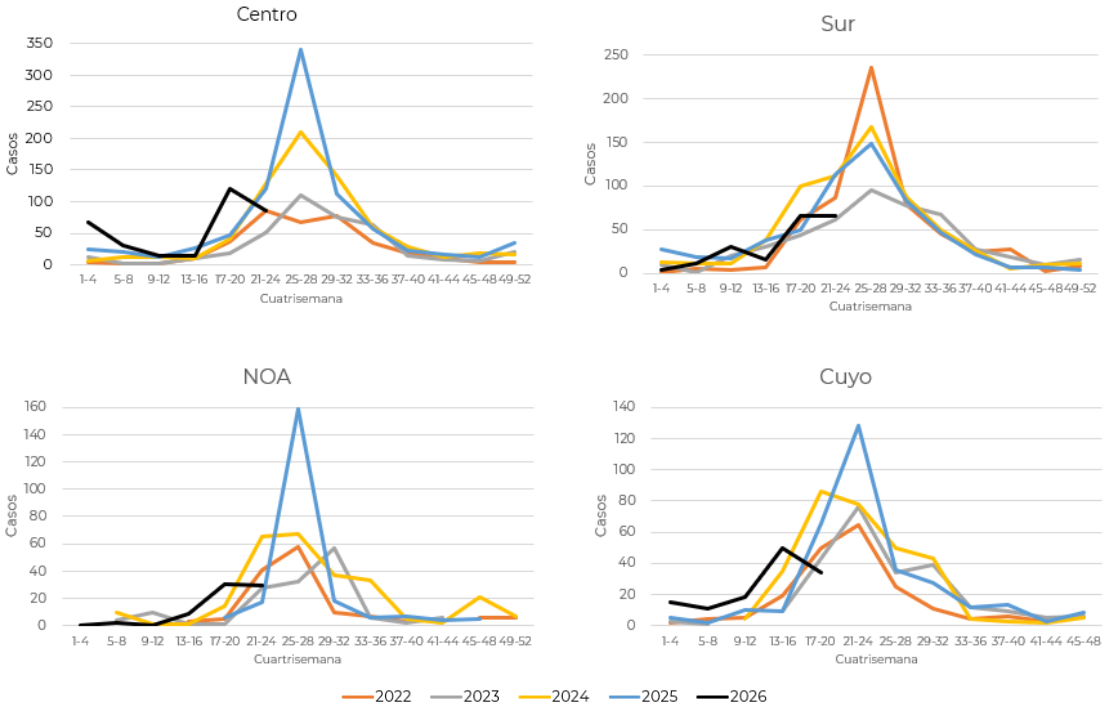
Gráfico 2. Casos de intoxicación por monóxido de carbono por cuatrisemana. Argentina, 2022-2026 (N=7.904).



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

En 2026, la notificación de casos se mantuvo relativamente estable durante las primeras 16 semanas del año con 57 a 83 casos por cuatrisemana (CS). A partir de la CS 17–20 se observó un incremento de las notificaciones, con un máximo de 266 casos, seguido de un leve descenso en la CS 21–24 (215 casos). En comparación con la serie histórica reciente, la distribución temporal de los casos en 2026 indica un adelanto en la estacionalidad respecto de años previos. Teniendo en cuenta que el año se encuentra en curso y que los datos aún podrían modificarse, resulta necesario continuar monitoreando la evolución de las notificaciones para determinar si la tendencia se mantiene.

Gráfico 3. Casos de intoxicación por monóxido de carbono por cuatrisemana. Argentina, 2021-2026 (N=7.904).



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

En relación con la distribución regional de los casos, se observaron comportamientos diferenciales entre las distintas regiones del país:

- Región Centro: presentó la mayor cantidad de casos notificados durante el período analizado. Se identificaron dos incrementos de notificación: el primero en la CS 1–4 (68 casos), asociado a un incendio ocurrido en una residencia de adultos mayores de la localidad de Olavarría (Buenos Aires), que aportó 40 casos, y el segundo en la CS 17–20 (121 casos). A partir de este último período, la región evidenció un aumento de casos más temprano que el observado en la mayoría de los años precedentes.
- Región Sur: exhibió un comportamiento similar al registrado en años previos, con valores bajos durante todo el período analizado y un leve incremento de las notificaciones en la CS 9-12.
- Región NOA: presentó un incremento progresivo de las notificaciones a partir de la CS 13–16, alcanzando un máximo en la CS 17–20 (30 casos).
- Región Cuyo: registró un aumento sostenido de casos desde el inicio del año, con un máximo de 50 casos en la CS 17–20, seguido de un descenso en la CS 21–24.

En concordancia con lo observado a nivel nacional, las regiones Centro, NOA y Cuyo presentan una distribución temporal de casos compatible con un posible desplazamiento hacia CS más tempranas respecto del patrón registrado en años previos.

La siguiente tabla muestra las notificaciones acumuladas hasta la SE 25 por año, desde 2022 hasta 2026 y según jurisdicción de residencia.

Tabla 1. Intoxicación por monóxido de carbono: casos por jurisdicción de residencia y año. Argentina, SE 1 a 25, 2022-2026. (n=3.379)

Jurisdicción	2022	2023	2024	2025	2026	Índice epidémico acumulado
Buenos Aires	82	84	156	173	251	2,1 ↑
CABA	28	19	25	67	55	2,1 ↑
Córdoba	33	24	28	14	20	0,8 =
Entre Ríos	13	14	13	28	30	2,2 ↑
Santa Fe	0	0	0	0	3	-
Centro	156	141	222	282	359	**1,9 ↑**
Mendoza	64	55	79	67	112	1,7 ↑
San Juan	32	27	40	30	5	0,2 ↓
San Luis	4	13	17	19	34	2,3 ↑
Cuyo	**100**	**95**	**136**	**116**	**151**	**1,4 ↑**
Chaco	0	0	0	0	0	-
Corrientes	0	0	0	0	0	-
Formosa	0	0	0	0	0	-
Misiones	1	0	0	1	0	-
NEA	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	-
Catamarca	0	0	0	0	0	-
Jujuy	2	0	0	1	0	-
La Rioja	0	2	7	0	0	-
Salta	36	14	34	14	27	1,1 ↑
Sgo. del Estero	5	0	1	9	6	-
Tucumán	36	40	49	15	39	1 =
NOA	**79**	**56**	**91**	**39**	**72**	**1,1 =**
Chubut	123	21	72	72	48	0,7 ↓
La Pampa	15	3	8	1	26	4,7 ↑
Neuquén	118	83	124	83	75	0,7 ↓
Río Negro	14	14	11	24	16	1,1 =
Santa Cruz	16	26	45	61	7	0,2 ↓
Tierra del Fuego	7	37	57	48	27	0,6 ↓
Sur	**293**	**184**	**317**	**289**	**199**	**0,7 ↓**
Total general	**629**	**476**	**766**	**727**	**781**	**1,2 ↑**

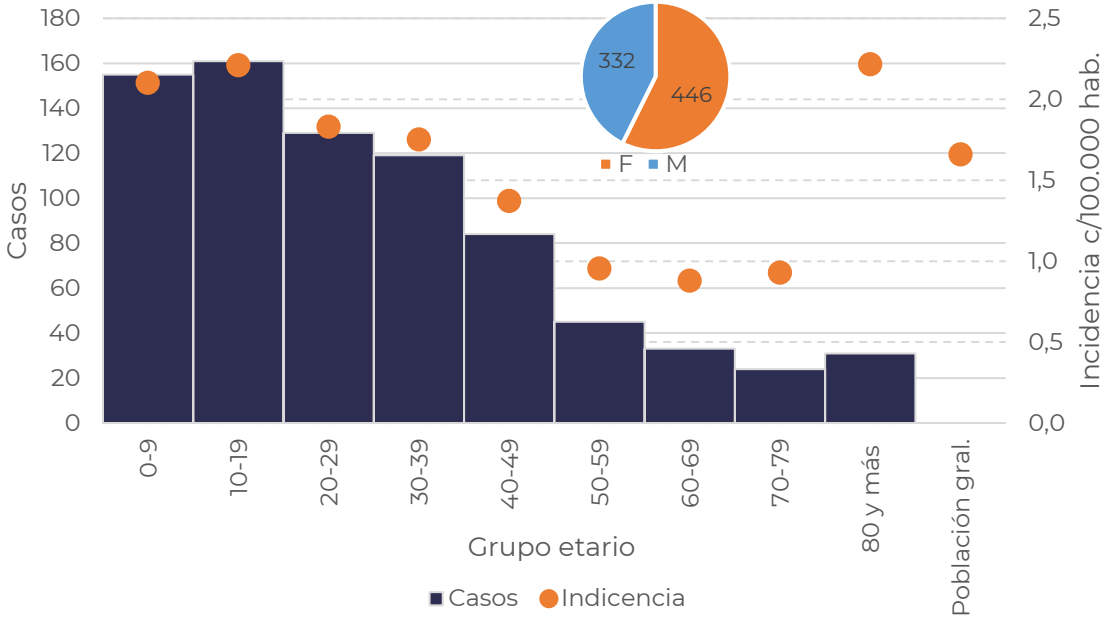
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Si se comparan los casos notificados este año hasta la SE 25 (21 al 27 de junio) con los del mismo período del año anterior se observa un aumento de 54 casos, lo que representa un aumento del 7,4%. Este comportamiento se presenta principalmente a expensas de las regiones Centro y Cuyo, impulsado por los aumentos observados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia Buenos Aires, Entre Ríos, Mendoza y San Luis. En estas jurisdicciones, el índice epidémico acumulado fue superior a 1,7, indicando más del doble de los casos esperados para el período analizado.

En la región NOA el índice epidémico se mantuvo dentro de los valores esperados, mientras que en la región Sur se ubicó por debajo de lo esperado y el NEA prácticamente no notificó casos en todo el período.

No obstante, la interpretación de estos resultados debe realizarse considerando la estacionalidad característica del evento y las diferencias temporales observadas en la distribución de las notificaciones durante 2026.

Gráfico 3. Intoxicación por monóxido de carbono: distribución de los casos según sexo y casos e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes según grupo de edad. SE1 a 25/2026. Argentina. (n=781)

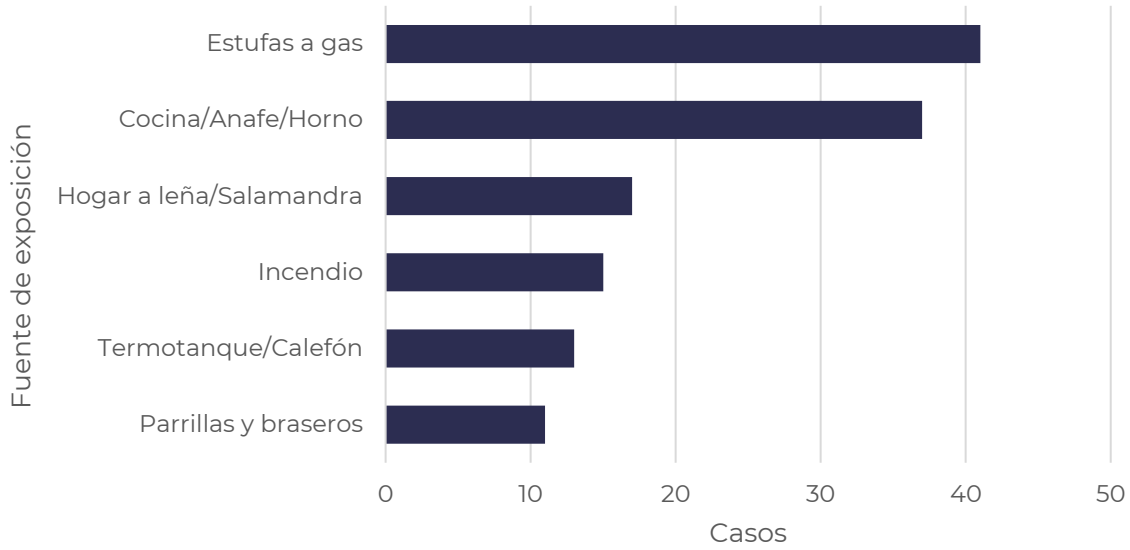


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Nota: La tasa de incidencia del grupo de 80 años y más debe interpretarse con cautela, dado que el 68% de los casos corresponde a un único evento ocurrido en una residencia de adultos mayores de Olavarría (Buenos Aires).

En cuanto a la distribución por sexo y edad el 57% corresponde al sexo femenino y el 43% a masculino. El grupo dede 10 a 19 años presentó mayor cantidad de casos (n=161), seguido del grupo de 0 a 9 años (n=155). La mediana de edad fue de 25 años, y el 72,2% de los casos se concentró en los grupos etarios de 0 a 39 años.La tasa de incidencia más elevada se observó en los grupos de 10 a 19 años y de 80 años y más, con 2,2 casos por 100.000 habitantes en ambos grupos.

Gráfico 4. Intoxicación por monóxido de carbono: Casos según fuente de exposición. SE1 a 25/2026. Argentina. (n= 150)

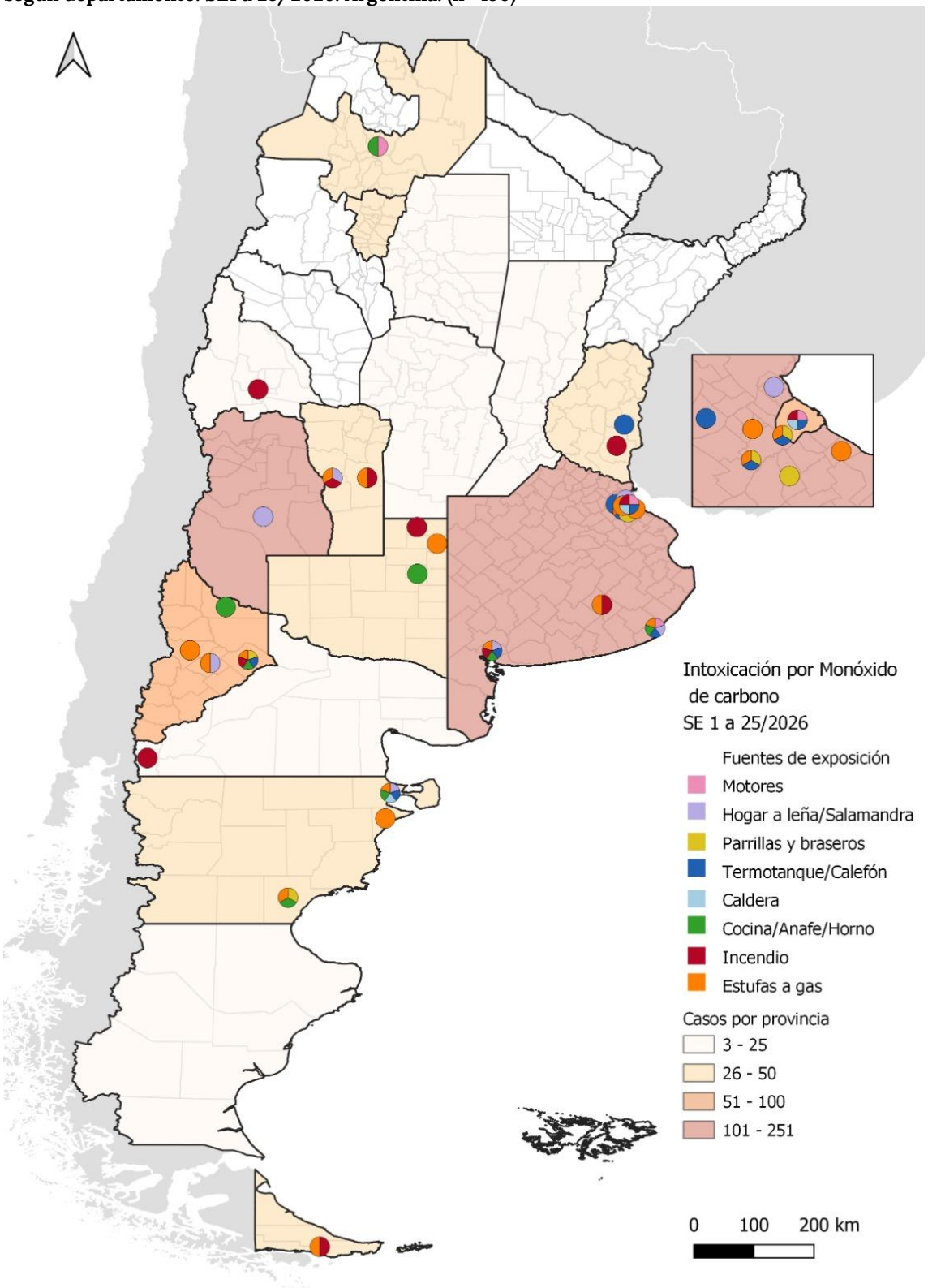


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Nota: Los antecedentes descriptos corresponden únicamente a los casos con información disponible sobre la fuente de exposición y pueden no representar la distribución de fuentes en la totalidad de los casos notificados.

En relación con la fuente de exposición, se dispuso de información en el 20% de los casos notificados (156). Lasfuentes más frecuentemente fueron las estufas a gas (27%; n=41), seguidas de las cocinas, anafes y hornos (25%; n=37). En menor proporción, se consignaron hogares a leña o salamandras (11%; n=17) e incendios (10%; n=15). El resto de los casos se distribuyó entre otras fuentes de exposición.

A continuación, se presenta un mapa con los casos absolutos según jurisdicción y la distribución de las fuentes de exposición consignadas según departamento.

Mapa 1. Intoxicación por monóxido de carbono: Casos según jurisdicción y fuentes de exposición según departamento. SE1 a 25/2026. Argentina. (n= 150)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Se puede observar que, en prácticamente todas las jurisdicciones con casos, hay consignación de la fuente de exposición.

Se observa que la distribución es heterogénea, aunque sigue el patrón descripto en el gráfico precedente donde la mayor fuente de exposición observada es la estufa a gas y, en segundo lugar, la cocina/anafe/horno. Estas dos fuentes se encuentran consignadas en siete de las doce jurisdicciones que presentaron la información.

VI.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VI.3.A. FUENTES PROBABLES DE INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN

El CO se genera por la combustión incompleta de carbón, gasolina, kerosén, petróleo, propano (gas domiciliario o de garrafa) y madera; todo artefacto que use material combustible puede quemarse de manera deficiente y generar monóxido de carbono. Algunos de estos artefactos son:

- Motores de automóviles y otros motores nafteros o a kerosén (cortadoras de césped, motosierras, equipos electrógenos, triciclos, cuatriciclos, etc.).
- Parrillas y braseros de carbón de leña utilizados para calentar o cocinar (frecuente causa de muerte en sectores humildes o rurales).
- Sistemas de calefacción para interiores sin tiro balanceado (o con tiro balanceado sin el mantenimiento correspondiente), salamandras, calefones, termotanques, calderas y otros calentadores de agua que utilicen gas natural, en lugares cerrados no ventilados o con ventilación insuficiente.
- Incendios donde estén involucrados estos materiales.

El CO proveniente de estas fuentes puede acumularse en lugares cerrados o semicerrados.

El monóxido de carbono ingresa al organismo a través de las vías respiratorias. Reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno e interfiere también con la capacidad de las células para utilizar todo el oxígeno que les llega. La falta de oxígeno afecta principalmente al cerebro y al corazón.

VI.3.B. MEDIDAS PREVENTIVAS

Para prevenir la intoxicación por monóxido de carbono es elemental el control de las instalaciones y el buen funcionamiento de artefactos, así como es importante mantener los ambientes bien ventilados.

Recomendaciones del ENARGAS para evitar accidentes:

- ✓ Toda instalación de artefactos a gas debe cumplir con las condiciones de ubicación, ventilación y evacuación de gases producto de la combustión, conforme a Reglamentaciones Técnicas Vigentes y **siempre** deben ser realizadas por un gasista matriculado.
- ✓ Hacer revisar una vez al año los artefactos de gas por un gasista matriculado, preferentemente antes del inicio de la temporada invernal.
- ✓ Colocar rejillas de ventilación permanentes. Son obligatorias para todo artefacto de cámara abierta.
- ✓ La llama del gas siempre tiene que ser azul. Si es amarilla, anaranjada o roja el artefacto de gas puede estar emitiendo CO.
- ✓ Chequear siempre que los conductos de evacuación de gases no estén rotos o tengan obstrucciones.
- ✓ No utilizar hornallas ni horno para calefaccionar.
- ✓ Si posee un detector de monóxido de carbono, debe estar activado siempre.

- ✓ Mantener las hornallas de la cocina limpias.
- ✓ Los artefactos de gas instalados en baños o dormitorios sólo deben ser de tiro balanceado.
- ✓ Dejar siempre una rendija abierta; es importante que haya circulación libre de aire desde el exterior.
- ✓ Está prohibida la instalación de calefones y termotanques a gas en los baños.

VI.3.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Nivel Individual

- Ventilar el lugar inmediatamente.
- Retirar al intoxicado y trasladarlo a un espacio abierto donde pueda respirar aire fresco.
- Trasladarlo a un centro de atención
- Aplicar medidas de Soporte Vital Básico y sostén
- Administrar Oxígeno 100%, de manera precoz y continua, utilizando mascarilla no recirculante con reservorio
- Tratamiento con oxígeno hiperbárico si tiene indicación.

Nivel comunitario

- Determinar si otras personas han estado expuestas, dado que deben ser evaluadas al momento de la consulta del paciente índice.
- Una vez identificada la fuente se realizará la comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés. Si se tratara de instalaciones de gas defectuosas, se dará intervención al Ente Regulador y a la distribuidora local.
- Proveer información básica acerca de la intoxicación por CO a los contactos del caso.

VI.4. Vigilancia epidemiológica

VI.4.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

- Síntomas Generales: debilidad, cansancio, sensación vertiginosa, síncope.
- Neurológicos: cefalea, irritabilidad, somnolencia, mareos, confusión, impotencia funcional de miembros inferiores, ataxia, convulsiones, coma, deterioro neurológico y psiquiátrico, amnesia, parkinsonismo, pérdida de control de esfínteres, enlentecimiento motor, trastorno del aprendizaje, corea, neuropatías periféricas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos
- Cardiovasculares: dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, isquemia de miocardio, arritmias cardíacas.
- Respiratorios: dificultad respiratoria, taquipnea
- Otros: visión borrosa, alteraciones visuales

Interpretación de resultados de laboratorio: Todo caso con clínica compatible de intoxicación por monóxido de carbono estudiado por laboratorio con: Carboxihemoglobina mayor al 3%.

Las intoxicaciones intencionales deberán notificarse/vigilarse en el Grupo de eventos "Lesiones intencionales" del SNVS 2.0

VI.4.B. DEFINICIONES DE BROTE

Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por monóxido de carbono en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-intoxicacion-monoxido_0.pdf

Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones por Monóxido De Carbono

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-10/06-2016-guia-intoxicaciones-monoxido.pdf

Recomendaciones para evitar las intoxicaciones por monóxido de carbono

https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/intoxicacionpormonoxidodecarbono

---

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. Introducción

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE).

VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

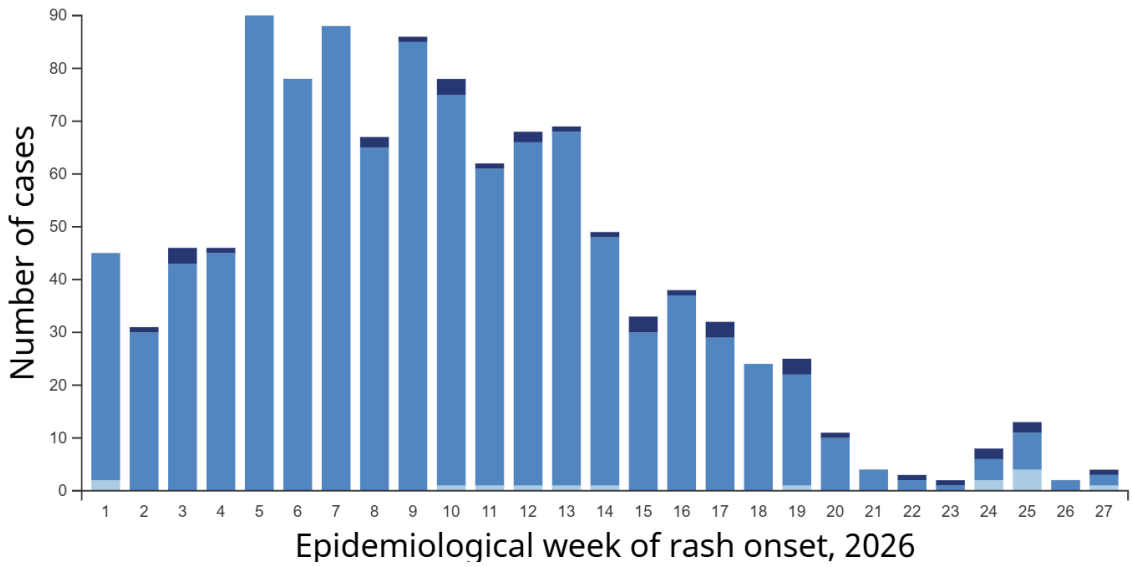
VII.1.A. CANADÁ[26]

En 2026, se han notificado un total de 1.102 casos de sarampión (1.020 confirmados, 82 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 11 de julio del 2026.

En la semana 27 (del 5 al 11 de julio del 2026), se notificaron 5 nuevos casos de sarampión (4 confirmados y 1 probables).

[26] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.102)



VII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[27]

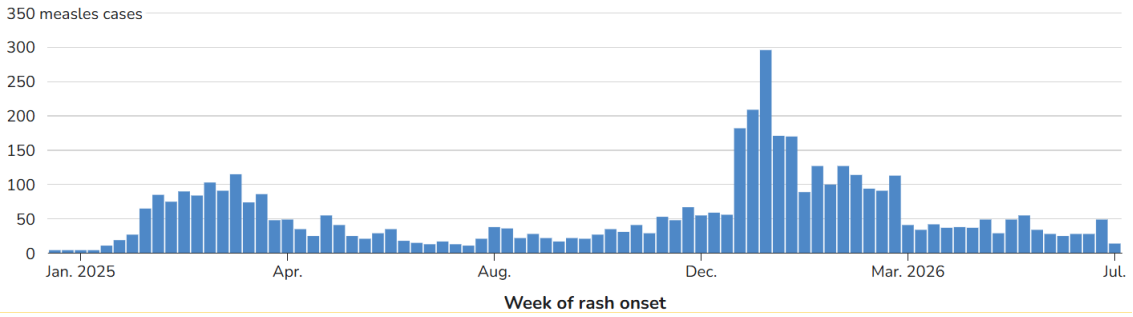
Al 24 de julio de 2026, se notificaron 2.318 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.302 casos fueron reportados por 45 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming.. Se notificaron 16 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Se han notificado 35 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (2.153 de 2.318) están asociados a brotes (782 correspondientes a brotes en 2026 y 1.371 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.289 casos confirmados de sarampión. Un total de 26 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2026 no ha habido muertes confirmadas, mientras que en el 2025 se registraron 3.

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 23/07/26).



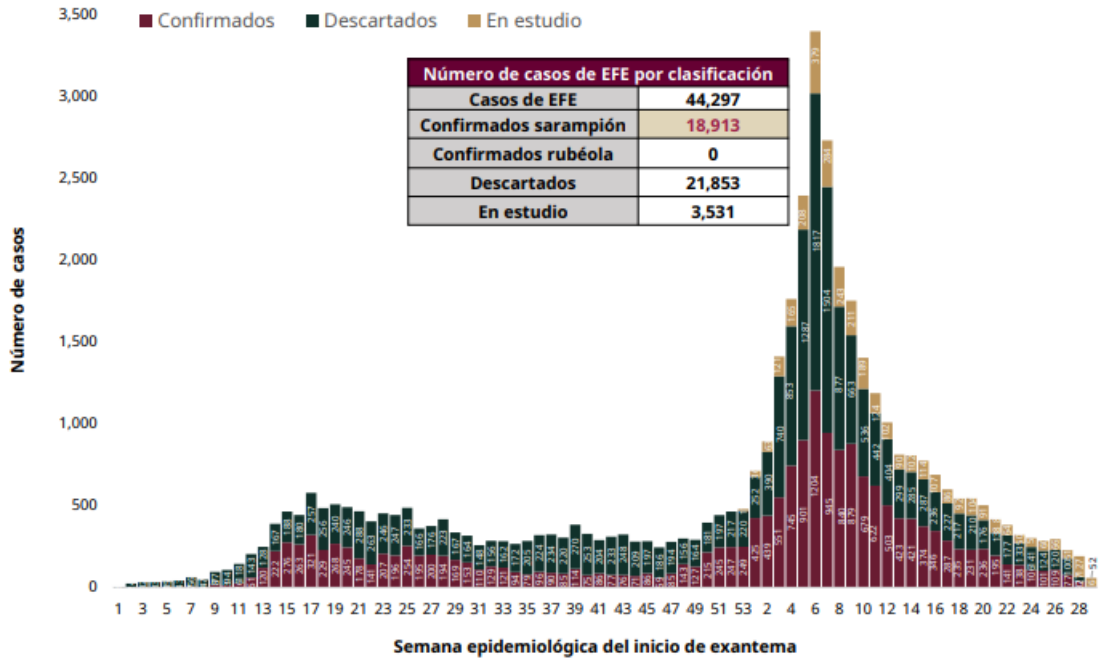
[27] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

VII.1.C. MÉXICO[28]

Al 23 de julio, se han reportado 18.913 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.519 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.221 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.148 casos).

Se han reportado 44 fallecimientos a la fecha.

Gráfico 1. Curva epidémica de casos de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema, México, 2025-2026.



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática.

VII.1.D. PERÚ[29]

Al 13/07/2026 la República del Perú cuenta con 989 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

[28] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026
[29] https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=989)

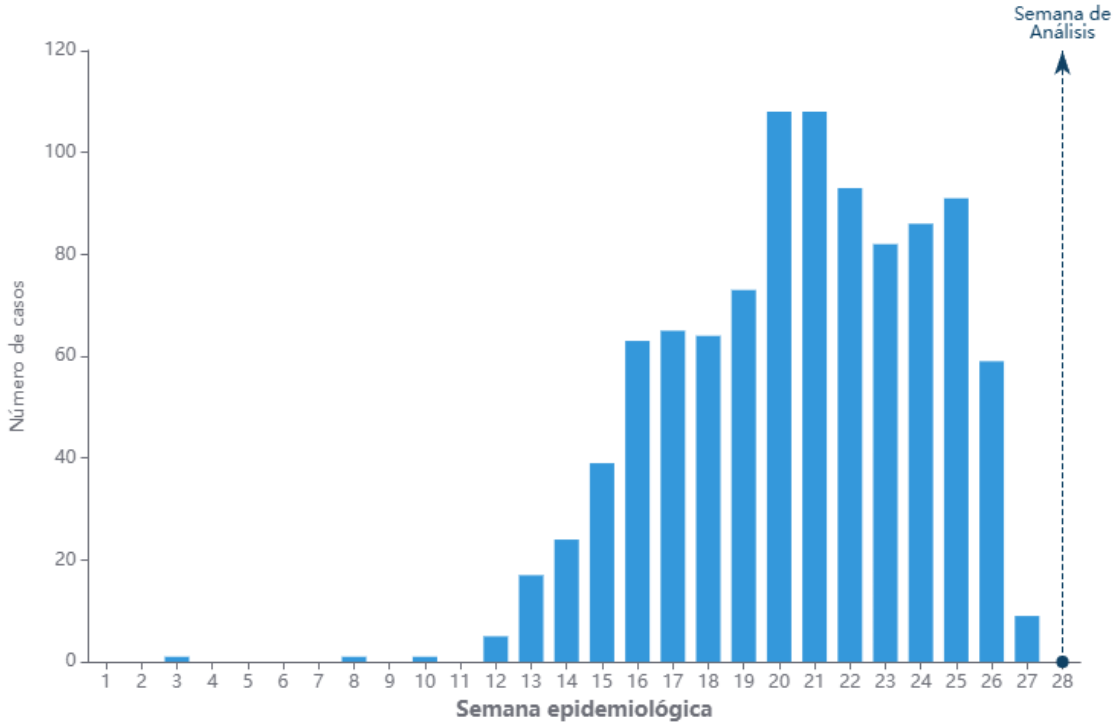
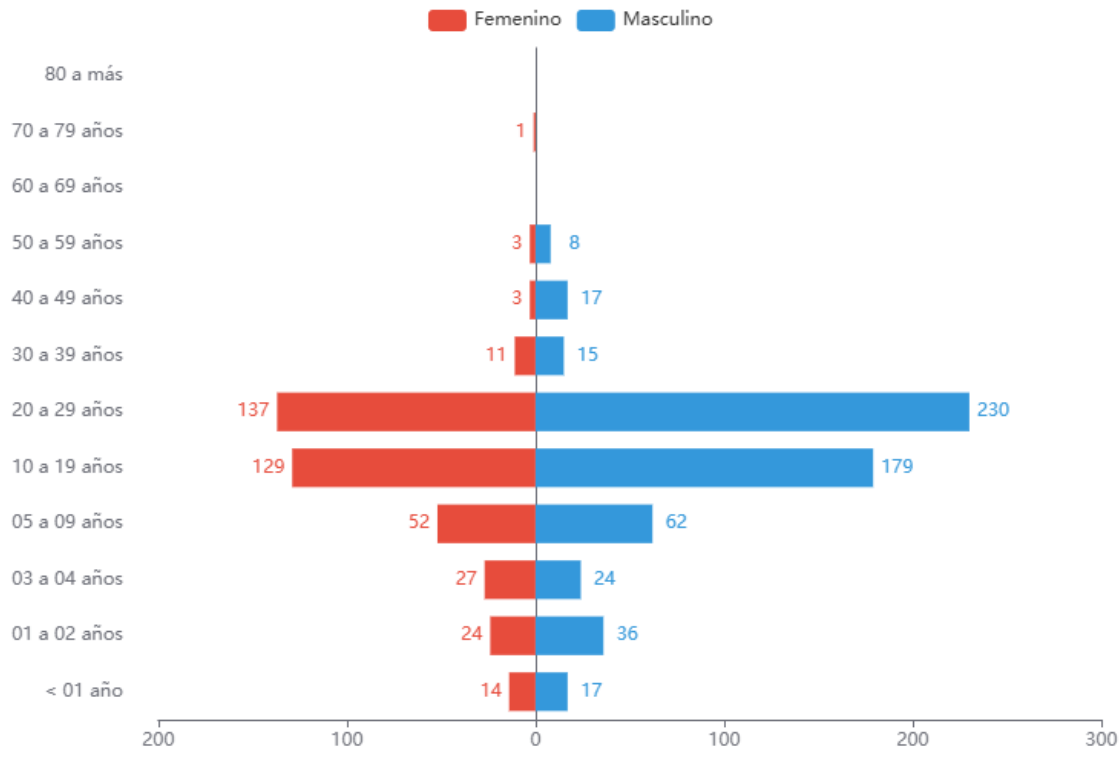


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



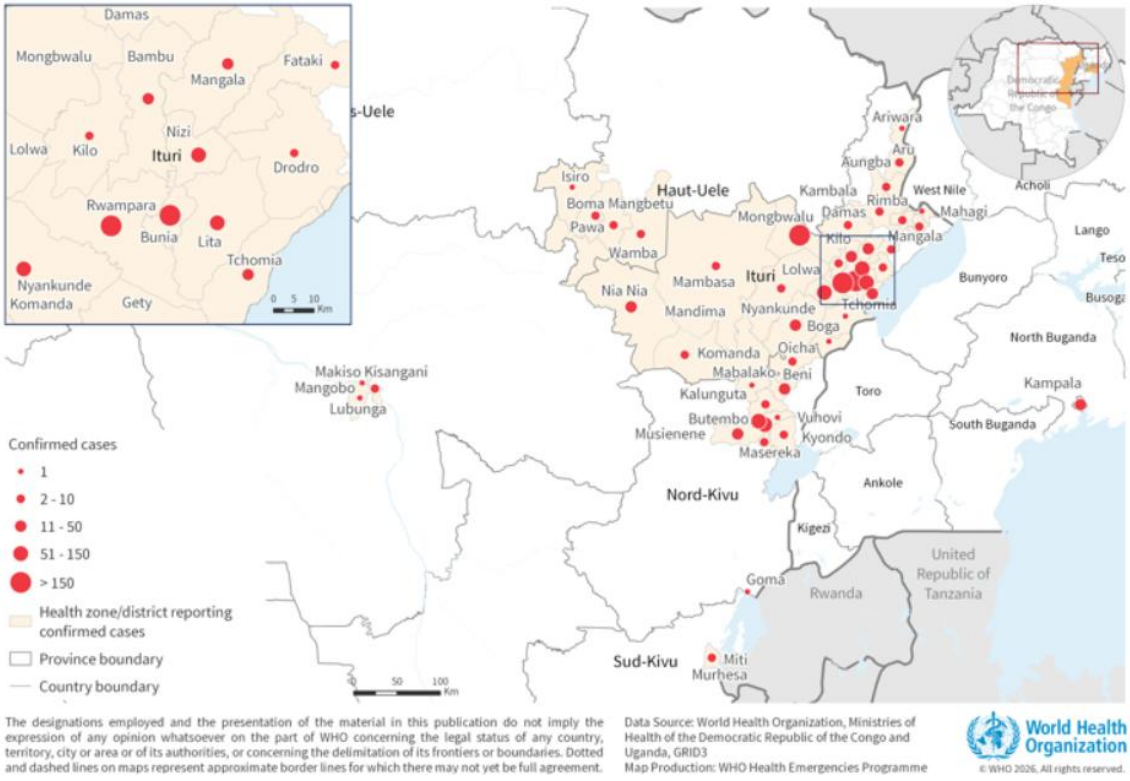
VII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda

Recibido a través del CNE el 17/07/2026

Desde la publicación de la anterior Actualización sobre Brotes Epidémicos (Disease Outbreak News), el 3 de julio de 2026, el número de casos confirmados y de defunciones ha aumentado considerablemente en la República Democrática del Congo. En total, se han notificado 2.145 casos confirmados: 2.124 en la República Democrática del Congo (incluidos dos casos diagnosticados en ese país y posteriormente tratados en Alemania), 20 en Uganda y uno en Francia. Se han notificado 830 defunciones, incluidas dos en Uganda.

Hasta la fecha, al menos 410 pacientes se han recuperado, incluidos 390 en la República Democrática del Congo, 18 en Uganda, uno en Francia y uno en Alemania.

Figura 1. Distribución acumulada de casos confirmados de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 15 de julio, y en Uganda, al 17 de julio.



República Democrática del Congo

Desde el 3 de julio de 2026, se han notificado 664 casos confirmados adicionales, incluidas 376 defunciones confirmadas, en la República Democrática del Congo. Este aumento se debe, en parte, a la ampliación de las actividades de vigilancia, de las pruebas y de las capacidades diagnósticas.

Al 15 de julio de 2026, se habían notificado en la República Democrática del Congo un total de 2.124 casos confirmados, incluidas 828 defunciones (tasa de letalidad bruta del 39%). Hasta el momento, 390 pacientes se han recuperado.

Se han notificado casos en 46 zonas de salud (ZS) de cinco provincias: Ituri (27 de 36 ZS), Kivu del Norte (11 de 34 ZS), Kivu del Sur (1 de 34 ZS), Alto Uele (4 de 13 ZS) y Tshopo (3 de 23 ZS).

De las 46 zonas de salud afectadas, el brote permanece activo en 38, que han notificado casos durante los últimos 21 días. Las zonas de salud restantes no han notificado nuevos casos durante este período. En los últimos 21 días se notificaron 969 casos confirmados, incluidas 524 defunciones confirmadas.

Ituri continúa siendo la provincia más afectada y concentra el 89,6% (1.904/2.124) de todos los casos confirmados y el 83,6% (692/828) de todas las defunciones notificadas en el país. Dentro de la provincia, el mayor número de casos confirmados se notificó en las zonas de salud de Bunia (570 casos), Rwampara (418 casos), Mongbwalu (347 casos), Nizi (148 casos) y Nyankunde (99 casos).

Al 15 de julio, se habían identificado 12.693 contactos que se encontraban bajo seguimiento en Ituri (10.183), Kivu del Norte (2.360) y Tshopo (150). De ellos, 10.195 habían recibido seguimiento, lo que corresponde a tasas de seguimiento del 78,1% en Ituri, 50,0% en Tshopo y 91,7% en Kivu del Norte. Los contactos previamente identificados en Kivu del Sur completaron los 21 días de seguimiento. Además, se identificaron 107 contactos del caso notificado en Francia, que se encuentran bajo seguimiento en Kinshasa.

Las infecciones entre trabajadores de la salud continuaron aumentando, con 119 casos confirmados, 61 personas recuperadas y 36 defunciones, lo que corresponde a una tasa de letalidad del 30,3%. Esto pone de manifiesto la persistencia de los riesgos de exposición ocupacional, la implementación insuficiente de las medidas de prevención y control de infecciones (PCI) en los establecimientos de salud y el riesgo de exposición en la comunidad.

El brote continúa desarrollándose en un contexto humanitario complejo y afectado por conflictos, caracterizado por poblaciones con alta movilidad y frecuentemente desplazadas, muchas de las cuales tienen un acceso limitado a servicios básicos, incluidos alimentos, agua potable, alojamiento, atención de salud y protección. Estas condiciones aumentan el riesgo de transmisión, particularmente en sitios superpoblados que albergan a personas desplazadas internamente. Los incidentes de seguridad que afectan a los establecimientos de salud han generado dificultades operativas adicionales en las provincias afectadas, entre ellas restricciones de acceso para los equipos de respuesta, interrupciones de las actividades de vigilancia y respuesta, y un mayor riesgo de transmisión no detectada. Estas condiciones ponen de relieve la necesidad de que las acciones de respuesta sean lideradas por referentes locales y estén arraigadas en las comunidades.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 2.124) en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 15 de julio de 2026.

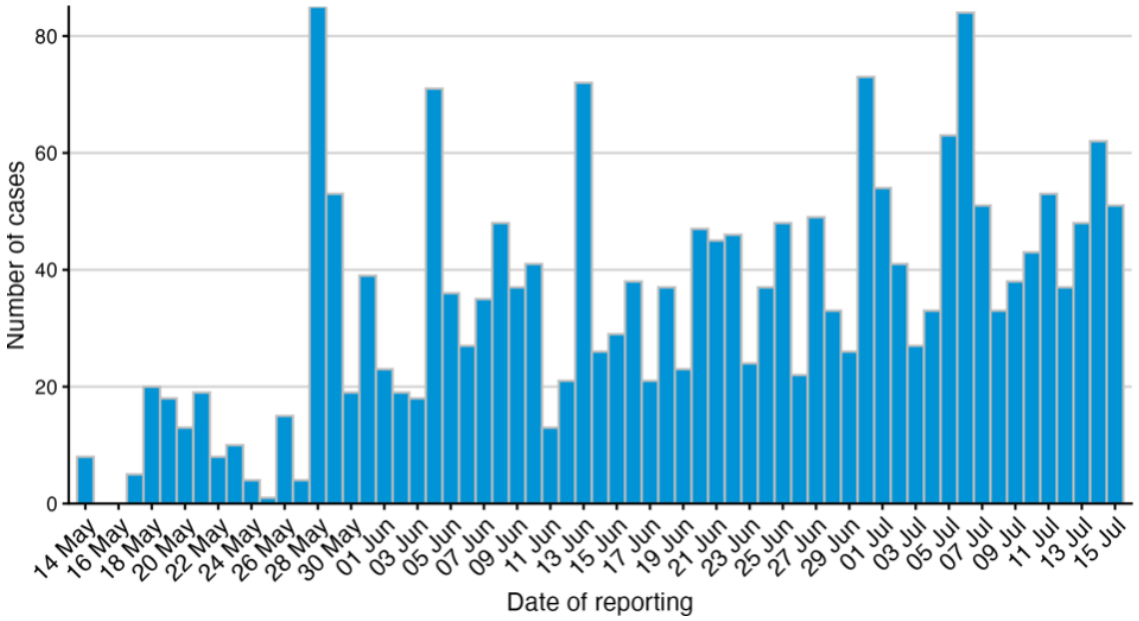
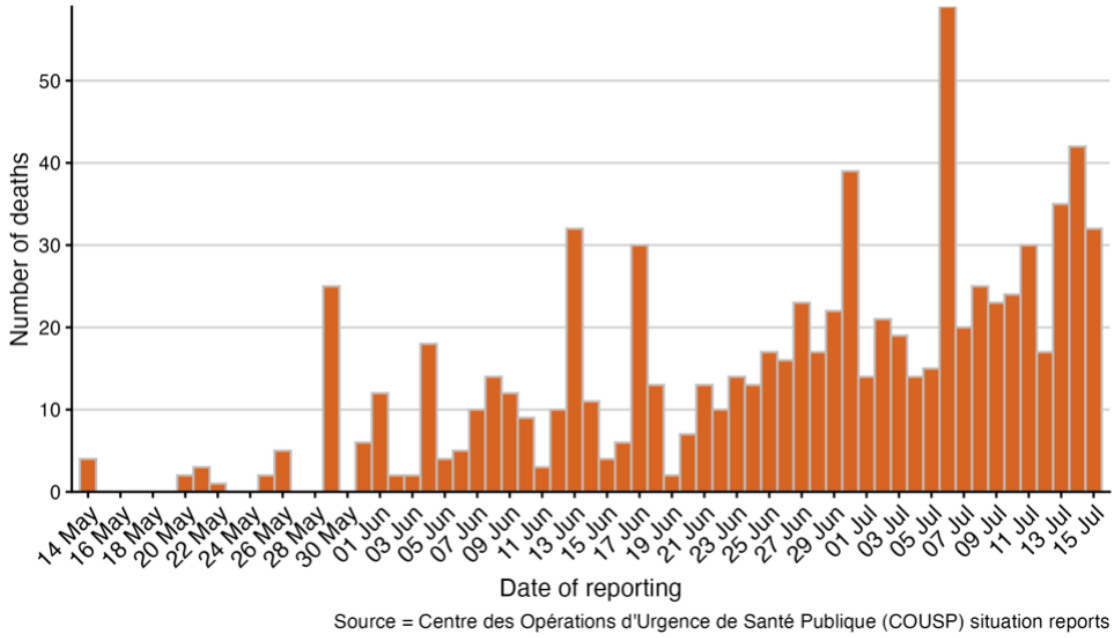


Figura 3. Número de defunciones entre los casos confirmados (n = 828) en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 15 de julio de 2026



Uganda

El último caso confirmado fue identificado el 21 de junio de 2026. Al 14 de julio de 2026, se habían notificado un total acumulado de 20 casos confirmados, incluidas dos defunciones correspondientes a casos importados (notificados el 15 de mayo y el 5 de junio), y un caso probable que resultó en una defunción.

De los casos confirmados, 15 fueron casos importados y cinco fueron casos secundarios entre contactos y trabajadores de la salud vinculados a casos importados desde la República Democrática del Congo. Todos los casos fueron notificados en el distrito de Kampala. Hasta

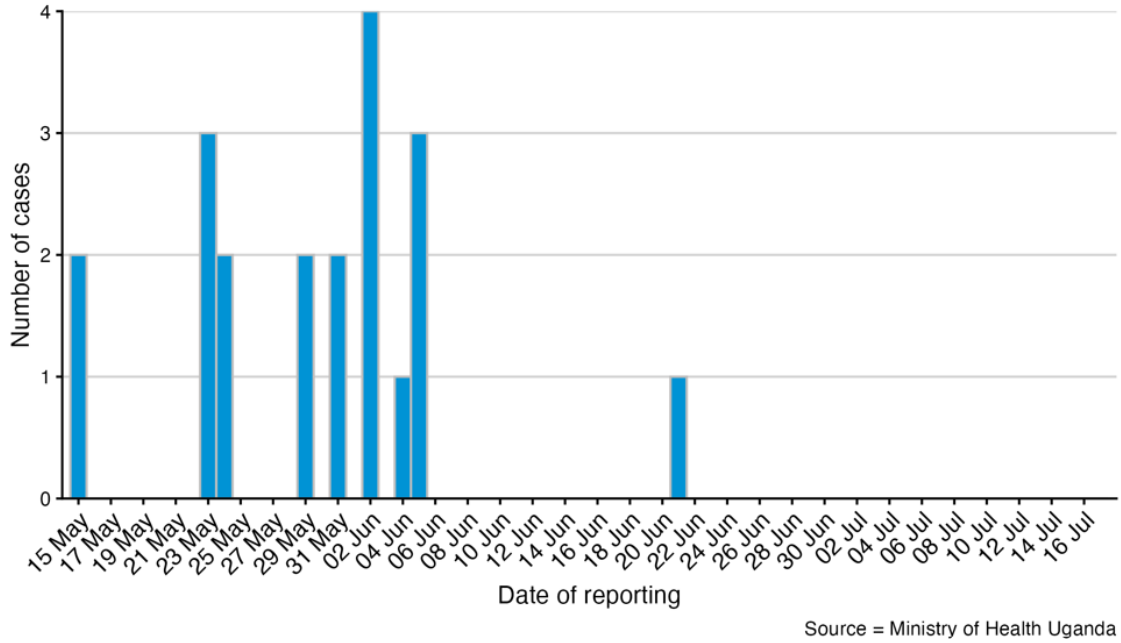
la fecha, no se ha registrado transmisión comunitaria en Uganda. Los riesgos de exposición se han asociado con entornos de atención de salud y movimientos transfronterizos.

Tras la reclasificación de los casos, el número de trabajadores de la salud afectados se revisó de cinco a cuatro. En total, se han registrado 18 personas recuperadas.

De los 831 contactos identificados al 28 de junio, 821 habían completado el período de seguimiento de 21 días al 14 de julio.

El caso más reciente fue dado de alta del centro de tratamiento el 16 de julio, luego de obtener dos resultados negativos. Esto marca el inicio del período de 42 días (dos veces el período máximo de incubación) durante el cual se mantendrán las actividades de vigilancia para detectar posibles casos que no hayan sido identificados antes de declarar el fin del brote. Dado que el brote continúa en la República Democrática del Congo, persiste el riesgo de importación de casos.

Figura 4. Número de casos confirmados (n = 20) en Uganda, según fecha de notificación, al 17 de julio de 2026.



Francia

No se han notificado casos adicionales de enfermedad por el virus Bundibugyo en Francia desde la actualización anterior.

El caso importado confirmado de enfermedad por el virus Bundibugyo, notificado el 24 de junio, se recuperó y fue dado de alta del establecimiento de salud el 4 de julio, tras obtener dos resultados negativos en pruebas de PCR. No se identificó transmisión secundaria entre los cinco contactos del vuelo considerados de bajo riesgo, quienes fueron puestos en cuarentena preventiva. Estos contactos completaron su período de seguimiento el 14 de julio.

Las autoridades francesas realizaron el seguimiento de estas personas en coordinación con las autoridades regionales de salud pública pertinentes, así como con los Centros Nacionales de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Bélgica y los Países Bajos, que llevaron a cabo evaluaciones individuales del riesgo. Ninguno de los contactos presentó síntomas y no se identificaron otras personas en riesgo.

Alemania

Un médico de los Estados Unidos que trabajaba en la República Democrática del Congo fue evacuado por razones médicas y recibió tratamiento en Alemania en mayo de 2026. El paciente se recuperó y fue dado de alta. No se notificaron casos secundarios.

Un segundo ciudadano estadounidense, trabajador humanitario, obtuvo un resultado positivo para el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo en julio de 2026 y fue evacuado por razones médicas a un hospital universitario de Frankfurt, Alemania. Se informó que el paciente se encuentra en condición estable.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON613

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

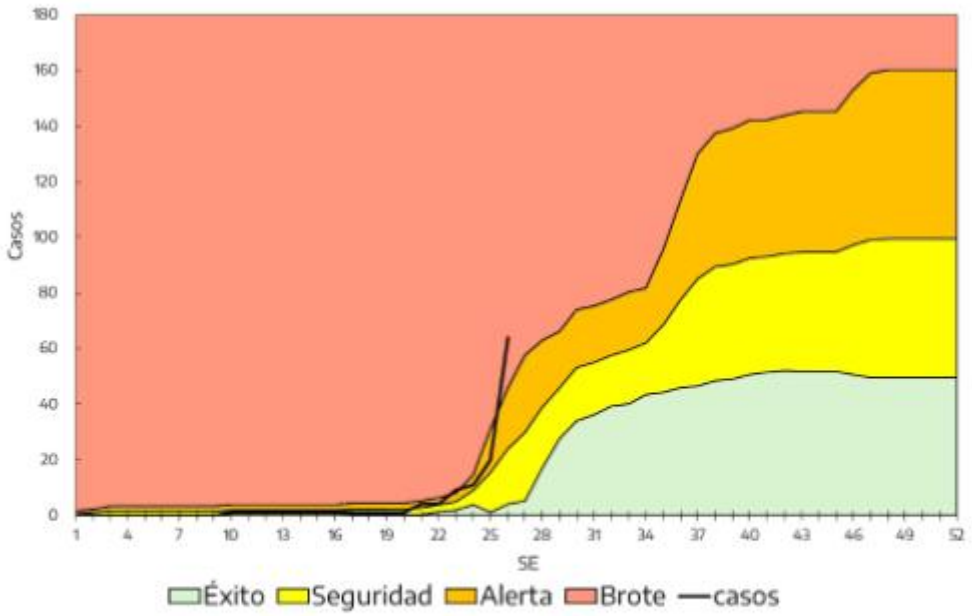
VIII. Boletines Jurisdiccionales

VIII.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde la SE 1 hasta el 16 de julio de 2026 (SE 28), en la provincia de Buenos Aires se notificaron 263 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales 125 fueron confirmados, 2 probables, 14 descartados y122 permanecen en investigación.



Corredor endémico acumulativo de casos de triquinosis. Años 2019 - 2026. Provincia de Buenos Aires



**Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia del brote de gran extensión por consumo de productos de origen comercial.*

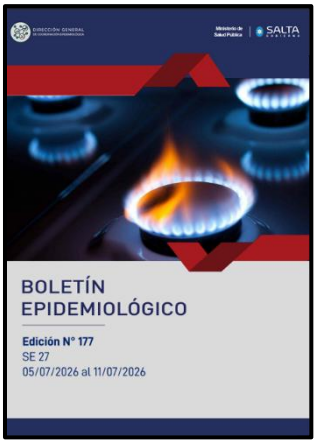
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

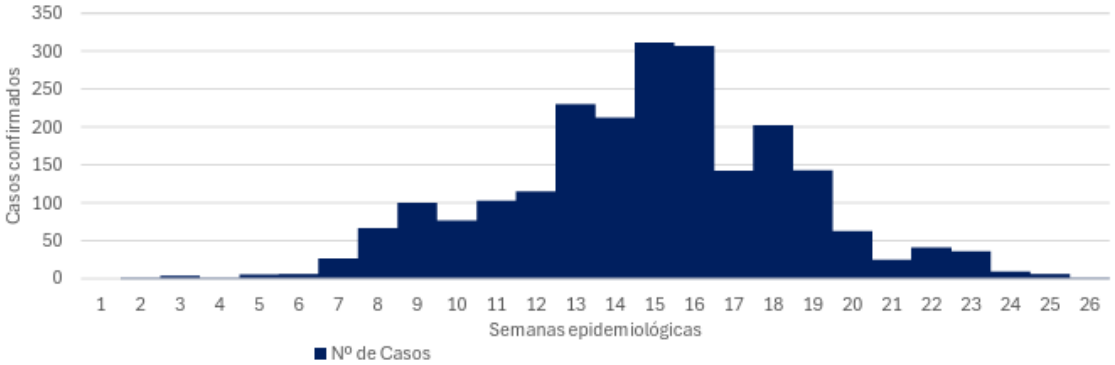
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Salta: Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 27, se notificaron 2234 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El prime r caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) .



Chikungunya: casos confirmados por semana epidemiológica. (SE 1 hasta SE 26). Año 2026. Provincia de Salta (n=2234).



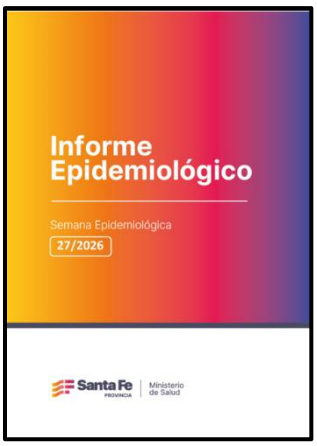
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0. NOTA: 2 per.med. móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

Para más información:

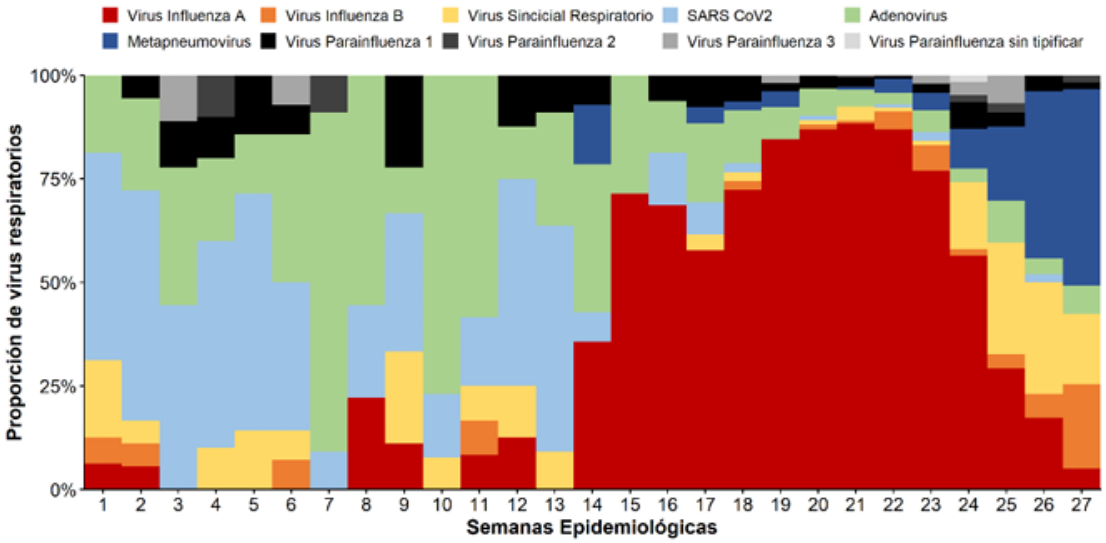
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.3. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En lo que va del 2026 (SE1 hasta SE27) se informaron un total de 23.373 notificaciones de IRAG en internados, de los cuales se confirmaron 1.045 casos (4,5% del total) con el siguiente orden de frecuencia: Virus Influenza A (n= 599 casos), Adenovirus (n= 116 casos), Metapneumovirus (n= 86 casos), Virus Sincicial Respiratorio (n= 82 casos), SARS CoV-2 (n= 67 casos), Virus Parainfluenza (n= 58 casos) y Virus Influenza B (n= 37 casos).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados por IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE1 a SE27/2026.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

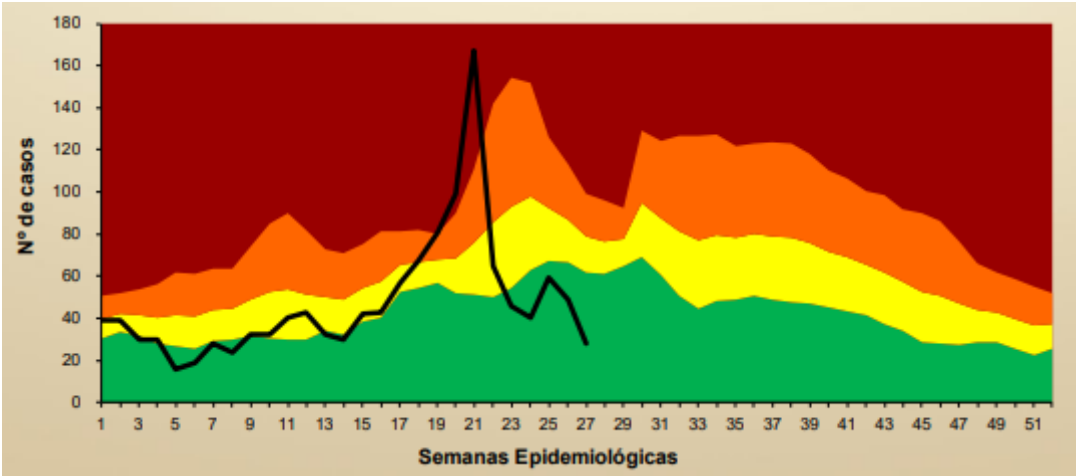
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VIII.4. Tucumán: Neumonía

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que conlleva importante morbi-mortalidad particularmente en niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 65 años y aquellas con ciertas condiciones subyacentes. En la última semana se registraron 28 casos de Neumonías en la Provincia de Tucumán.



Corredor endémico de Neumonía hasta SE 27. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **julio** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Julio	Brucelosis canina	Clínica	Signos y síntomas	Se quita: “Fallas en la concepción”, “Mortinatos”, “Orquitis”, “Epididimitis”. Se adicionan: “Orqui-epididimitis”, “Descargas vaginales”, “Depresión”, “Anorexia”, “Mialgia”, “Pérdida de peso ”.
	Clamidiasis aviar	Clínica	Signos y síntomas	Se quita: “Conjuntivitis”, “Pérdida de peso”, “Dificultad respiratoria”, “Sinusitis”, “Rinorrea”, “Lagrimeo”, “Estornudo”. Se adiciona: “Enfermedad febril septicémica”, “Letargia”, “Plumaje erizado”, “Descarga óculo-nasal”, “Sinusitis periorbitaria”, “Disnea”, “Deshidratación”, “Emaciación”, “Síntomas neurológicos”.
	Esporotricosis	Evento	Clasificación de caso	Se adiciona: “Caso descartado”.